



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Autor/es

MARÍA RUBIO RODRÍGUEZ

Director/es

MARÍA NEUS CAPARRÓS CIVERA

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

DERECHO

Curso académico

2018-19



***Trastornos de la Conducta Alimentaria***, de MARÍA RUBIO RODRÍGUEZ  
(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative  
Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.  
Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los  
titulares del copyright.



**UNIVERSIDAD  
DE LA RIOJA**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA  
(*EATING DISORDERS*)**

Autora: María Rubio Rodríguez

Tutora: Neus Caparrós Civera

**GRADO EN TRABAJO SOCIAL  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**UNIVERSIDAD DE LA RIOJA, AÑO 2018/2019**

## **RESUMEN**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han existido desde siempre en la sociedad, pero en los últimos años han aumentado notablemente, sobre todo en los países occidentales industrializados. Su origen es multifactorial y las más afectadas son chicas jóvenes de entre 13 y 20 años, con casos de Anorexia Nerviosa (AN) y/o Bulimia Nerviosa (BN) en mayor medida. Por ello, el objetivo principal es estudiar los trastornos alimenticios y conocer las causas que los provocan.

Una de las razones determinantes en su aumento es el uso de las redes sociales. Internet es una plataforma que cada vez utilizan más jóvenes, a través de la cual se obtiene información de manera indiscriminada.

Ante estas situaciones, el Trabajo Social tiene un papel relevante, tanto desde la intervención, como desde la prevención.

*Palabras clave:* trastornos alimenticios, anorexia, bulimia, redes sociales, medios de comunicación, Trabajo Social.

## **SUMMARY**

Eating disorders have always existed in society but, lately, they have experienced an increase, especially in developed countries. They are multifactorial problem which affect mostly women between 13 and 20 years old, principally with cases os anorexia nervosa (AN) and/or bulimia nervosa (BN). The main goal is to study the eating disorders and their causes.

One of the prime reasons in their increament is the use of social networks. The Internet is a current plataform increasingly used by young people in which information is exposed without any control.

In this situation, social work is important both in intervening and preventing.

*Keywords:* eating disorders, anorexia, bulimia, social networks, media, Social Work.

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
3. METODOLOGÍA.....	5
4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	6
➤ Historia.....	6
➤ Caracterización y clasificación.....	9
➤ Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.....	13
➤ Causas. Factores de riesgo.....	17
➤ Comorbilidad con otros trastornos.....	21
5. LA INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.....	23
6. LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS TCA.....	27
7. ESCALA DE EVALUACIÓN DE INSATISFACCIÓN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA ( <i>EEICA</i> ).....	33
➤ Introducción.....	33
➤ Análisis de datos y resultados.....	34
9. CONCLUSIONES.....	48
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
10. ANEXOS.....	56
➤ Anexo 1.....	56

## **1. INTRODUCCIÓN**

El tema que se aborda en el presente trabajo despierta en mí un gran interés por diferentes motivos a nivel personal. Siempre llaman mucho mi atención los problemas que puede ocasionar en una persona la opinión de terceros sobre su cuerpo. La belleza se asocia cada vez más a la extrema delgadez, pudiendo producir graves problemas de salud.

Los TCA según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, 2018) son graves alteraciones en las conductas relacionadas con la alimentación y el control de peso, encuadrados dentro de los trastornos de salud mental. Situaciones que han ido en aumento con el paso de los años, afectando en mayor medida a chicas jóvenes, de entre 13 y 20 años. Su origen es multifactorial, es decir, inciden diversos factores; psicológicos, biológicos, personales, etc. pero, más adelante comprobaremos como el factor social es el que incide de forma más directa.

La sociedad actual está caracterizada por el uso abusivo de las redes sociales, sobre todo entre los jóvenes y adolescentes. Se observa que la mayoría de los problemas que tienen éstos en relación a su imagen, son provocados, en gran medida, por el mundo de Internet y los medios de comunicación. Por ello es de especial relevancia detenerse en este aspecto para explicar el núcleo del problema.

En el trabajo también se abordará todo lo relacionado con la caracterización de los TCA, los diferentes tipos que existen, poniendo especial interés en la AN y la BN, factores de riesgo y comorbilidad con otros trastornos de salud mental.

Por otro lado, es importante incidir en la importancia del Trabajo Social, desde la prevención/sensibilización y la intervención. Desde el punto de vista de la intervención, destaca su trabajo a nivel grupal. Aquí es importante la colaboración con profesionales de otras áreas como médicos, nutricionistas, psicólogos, etc. para llevar a cabo intervenciones más eficaces y eficientes. Los grupos de autoayuda son un gran ejemplo de la labor del trabajador/a social.

Por último, a través de una serie de encuestas sobre la insatisfacción corporal en adolescentes, se quiere comprobar que, el desencadenante principal a la hora de crear una imagen negativa de nuestro cuerpo, es la sociedad.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Estudiar los trastornos alimenticios.
- Conocer las causas que provocan los trastornos alimenticios.

### **Objetivos específicos:**

- Estudiar la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.
- Analizar la influencia que tienen las redes sociales y los medios de comunicación en la aparición de trastornos alimentarios.
- Destacar la importancia del Trabajo Social desde el punto de vista de la prevención y la intervención en los TCA.
- Analizar el grado de satisfacción que tienen las jóvenes de 15 a 25 años en relación a su cuerpo.

## **3. METODOLOGÍA**

El presente trabajo consta de dos partes, una parte teórica a partir de la revisión bibliográfica y documental, y una parte práctica de aproximación a la realidad mediante la realización de una encuesta.

Para el desarrollo de la parte teórica se ha recopilado información a partir de diversos materiales como: artículos de revistas, capítulos de libros, tesis doctorales, páginas web de distintas asociaciones (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia, Fundación Imagen y Autoestima, Asociación Americana de Psiquiatría...), el Instituto Nacional de Salud Mental, la Guía Clínica Práctica de los TCA, etc. además de la utilización de bases de datos como Dialnet y Google académico.

Desde el punto de vista práctico, como apoyo a la información obtenida en la revisión bibliográfica, se ha realizado, de forma virtual, una encuesta estructurada de la que se han podido obtener datos de 116 personas. Formada por 32 preguntas de tipo cuantitativo y respuestas cerradas.

Dicha encuesta es una adaptación de la Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Adolescentes (EEICA) desde el Servicio Andaluz de Salud.

Está dirigida a jóvenes y adolescentes de ambos sexos, de entre 15 y 25 años, con el objetivo de conocer la imagen que tienen estos acerca de su cuerpo, y conocer así el nivel de insatisfacción corporal.

#### **4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENARIA (TCA)**

##### **➤ HISTORIA:**

El origen de los TCA va unido a la propia evolución de la humanidad y a la consolidación de la sociedad como una forma organizada. En la época de los romanos ya se puede ver la importancia de la comida, vista como una acción saludable. Incluso se llega al punto de “autoinducir” el vómito para seguir comiendo. De forma contraria, también se puede ver en esta época la existencia del ayuno “alcanzar la pureza del alma, que en la edad media se predicó como forma de penitencia y de logro de “un espíritu elevado”. (Cala Romero, s.f., p. 20). La comida tenía un significado social, caracterizado por ser el momento en el que las personas se juntan para compartir experiencias, generando así relaciones sociales. En esta época el sobrepeso significa poder y salud, y el ayuno se lleva a cabo como penitencia, de ahí su carácter religioso. (Pérez, 2018)

Aunque la anorexia, a día de hoy, es considerada una enfermedad actual, propia de la sociedad industrializada, ya se habla de ella en la Edad Media, donde se ve como una meta espiritual. Esto es así porque los valores religiosos en esta época estaban muy interiorizados por las personas. Se habla de la “santa anorexia” y del “ayuno ascético”. Las primeras víctimas de esta enfermedad son santas en busca de un “matrimonio con cristo” que se niegan a comer. Destaca aquí Santa Catalina de Siena. (Cala Romero, s.f., p. 20).

Santa Catalina de Siena (1347), según Baile y González (2012), desde pequeña ya muestra “comportamientos religiosos extremos que había en la época como ayunar o flagelarse” (p.81) (autogolpearse con látigos, cuerdas, etc.). En su adolescencia, le obligaron a casarse, pero ella se niega, así que se encierra en su habitación profundizando el ayuno, el rezo y la autoflagelación. Algunas características importantes de Catalina que confirmarían su trastorno con la comida son sus experiencias tempranas difíciles en la



familia, actitud negativista, comportamientos considerados “anoréxicos”, autocontrol excesivo, comportamientos autodestructivos, sentimientos de culpa, etc.

Dentro de la medicina, Simone Porta, médico genovés, es el primero que estudia la anorexia nerviosa en el año 1500 (Cala Romero, s.f.). Sin embargo, se reconoce a Richard Morton como el primero que describe un caso de AN en su obra “A Treatise of Consumptions” en el 1694. (Pérez, 2018).

Morton “sostuvo que los cambios de roles y la búsqueda por una identidad social eran los ejes de la patología” (Spirandelli, 2015, párr. 2).

En el 1858, Louis-Víctor Marcé, escribe una obra acerca del rechazo a los alimentos: *Nota sobre una forma de delirio hipocondriaco consecutivo a las dispepsias*. Y años más tarde, en 1873, William Gull y Charles Lasségue “ofrecen las primeras aportaciones para la definición y orientación diagnóstica de la anorexia” (Ortiz Montcada, s.f., p. 11).

En el 1864, William Gull utiliza el término “anorexia nerviosa” para describir el rechazo de los alimentos. Para él, este rechazo se observada sobre todo en mujeres jóvenes caracterizadas por un adelgazamiento patológico. A su vez, Charles Lasségue acuña el término “anorexia histérica”, considerado “pionero en jerarquizar los conflictos familiares (...). Sugería que la AN se asociara a frustraciones en la transición de la adolescencia a la adultez (...), serían los más comunes conflictos de las mujeres”. (Spirandelli, 2015, párr. 3 y 4).

Ambos relacionan la enfermedad con el sistema nervioso, sin embargo, Lasségue también considera de gran importancia los aspectos socioculturales. (Pérez, 2018). Además, para los dos médicos, el punto central de la anorexia está en las mujeres, incluyendo sólo las burguesas, por ello se puede decir que con ellos se inicia el proceso de medicalización para las mujeres (Ortiz Montcada, s.f.).

En la Tabla 1, se pueden apreciar las diferencias entre ambos médicos a la hora de abordar la anorexia:

Tabla 1. Construcción histórica de la anorexia en 1873

William Gull	Charles Lasségue
Anorexia Nerviosa	Anorexia Histérica
<b>Origen:</b> enfermedad diferente a la inanición (malnutrición extrema) y a las enfermedades orgánicas (cáncer). Afectaba a las mujeres burguesas entre 16 y 30 años.	<b>Origen:</b> la anorexia era un tipo de histeria, relacionada a la histeria del centro gástrico. Afectaba a mujeres jóvenes burguesas.
<b>Orientación:</b> su propósito fue tener mayor comprensión de los síntomas para establecer diagnósticos clínicos.	<b>Orientación:</b> su propósito fue contribuir al estudio de la histeria, entendida como enfermedad neurológica, y sus distintas formas clínicas.
<b>Factores determinantes:</b> edad, modo de vida, relaciones familiares y sociales.	<b>Factores determinantes:</b> edad, modo de vida, relaciones familiares y sociales.
<b>Tratamiento:</b> seguimiento estricto de la dieta calórica, cuidados físicos y reposo bajo la tutela de una enfermera experta, con aislamiento de familiares y amistades.	<b>Tratamiento:</b> no fue explícito. Señaló dificultad de restablecer el funcionamiento de un estómago atrófico.

(Adaptada de: Nutrición: Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Alimentación y Nutrición* (9). Ortiz Montcada, M., pg. 12).

El siglo XX se caracteriza porque surge un cambio respecto a la AN. En 1965 se concluye que la AN se relaciona con la pubertad, que el conflicto es corporal y que el origen de la enfermedad no es un conflicto neurótico. En cuanto al Trastorno por Atracón (TA), Albert Stunkard fue el primero que presentó este trastorno en el año 1958 en un paciente con obesidad, el cual padecía episodios de sobreingesta con incapacidad para parar de comer. En este mismo siglo, Russell define la Bulimia Nerviosa en el año 1979 y surgen los primeros casos tras la Segunda Guerra Mundial. (Pérez, 2018).

Para finalizar, según Nebot (2017) es en 1952 cuando se incluye la AN en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I) en el capítulo “Trastornos fisiológicos y viscerales”; en el 1968, se introduce en el DSM-II dentro de los “síntomas viscerales”. Años después, en 1978, es la Organización Mundial de la Salud (OMS) la

que incluye los TCA dentro de los “Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos” en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-9 y CIE-10). A pesar de su inclusión, no es hasta el DSM-III de 1980 (y su posterior revisión de 1987), donde pasan a denominarse Trastornos Alimentarios, distinguiendo la AN y la BN. Se enmarcan dentro de los trastornos de inicio en la infancia y en la adolescencia. Con el DSM-IV, en 1994, ya se consideran una categoría diagnóstica propia. Y con la última edición del Manual, el DSM-V, en 2014, son definidos como “Trastornos Alimentarios y de la ingestión de alimentos” incluyendo, además de la AN y la BN, la pica, el trastorno por rumiación, el trastorno alimentario especificado, el TCANE, el trastorno por atracón y el trastorno por evitación (p.15-16).

### ➤ **CARACTERIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN:**

Según el *Nacional Institute of Mental Health* (NIMH) o Instituto Nacional de Salud Mental (2018), los trastornos de la alimentación, también conocidos como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son graves alteraciones en las conductas relacionadas con la alimentación y el control de peso y están asociados con una gran variedad de causas psicológicas, físicas y sociales adversas. Estos trastornos incluyen la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (TA) y los Trastornos de la Conducta No Especificados (TCANE).

La Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB, s.f.) incluye, además de estos, otros trastornos llamados “de ingestión” como La Pica, trastorno por rumiación y trastorno de evitación. Su origen es multifactorial y están originados por la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural.

Por otro lado, se puede afirmar que los TCA han aumentado considerablemente en los últimos años, sobre todo en los países occidentales industrializados, incidiendo la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto, con una edad promedio de inicio en el 85% de los casos, entre 13 y 20 años. Alrededor del 95% de los sujetos con trastornos TCA son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes (Marín, 2002).

La Fundación de Imagen y Autoestima (IMA, 2013) afirma que “actualmente los TCA afectan entre el 4.1% y el 6.4% de mujeres entre 12 y 21 años. En el caso de los hombres (...) el 0.3% (1 hombre por cada 10 mujeres afectadas).” (párr. 2).

Se distinguen los siguientes tipos de trastornos:

### **La Pica:**

Es un trastorno en el que la persona ingiere sustancias no nutritivas. Para llevar a cabo el diagnóstico de Pica se tiene en cuenta que una persona haya ingerido sustancias no nutritivas durante al menos un mes y que tal ingestión sea desfavorable para su nivel de desarrollo. Si la conducta de ingestión aparece de forma paralela con otro trastorno mental (por ejemplo esquizofrenia) aumentará la gravedad. (ACAB, s.f.).

Las sustancias ingeridas varían mucho en relación con la edad, desde la ingestión de pintura, yeso, etc. en los más pequeños, pasando por excrementos de animales, insectos, arenas, etc. en los niños de más edad, hasta tierra o estiércol en los adolescentes. Todo ello suele ir asociado con otros trastornos mentales (Walsh, Mitchell, Garfinkel, Wilson y Halmi, 1995)

### **Trastorno por rumiación:**

Según ACAB (s.f.) “Este trastorno se caracteriza por regurgitaciones repetidas de alimento, que van del estómago a la boca, para volver a masticar. Estas regurgitaciones repetidas hacen incompatible el mantenimiento de un peso adecuado.” (párr. 1., *apartado trastorno por rumiación*). A la hora del diagnóstico se deberían tener en cuenta aspectos como que las regurgitaciones se den durante un mes como mínimo y se vea una pérdida de peso visible o la incapacidad para alcanzar el peso normal.

### **Trastorno por evitación o restricción de alimentos:**

“Este trastorno implica un rechazo a la alimentación y variaciones extremadamente caprichosas de lo que es una conducta alimentaria normal. Puede acompañarse de trastorno por rumiación.” (ACAB, s.f., párr. 1., *apartado trastorno por evitación*). Aquí

existe dificultad continua en comer de forma adecuada, por lo que la persona es incapaz de aumentar de peso, o presenta grandes pérdidas de peso durante al menos un mes. Se da antes de los 6 años y es importante no confundirla con una enfermedad gastrointestinal.

### **Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE):**

“El TCANE es aquel trastorno en el que existen síntomas relacionados con la conducta alimentaria, pero no cumplen suficientes criterios para diagnosticar anorexia nerviosa o bulimia nerviosa” (ACAB, s.f., párr. 1., *apartado TCANE*). Por ejemplo, cuando alguien presenta atracones o purgas, pero con una frecuencia baja o irregular en comparación con otro tipo de trastornos como la anorexia o la bulimia.

Entre un 3 y un 5% de la población padecen este trastorno, y se puede dividir en dos subtipos (IMA, 2013).

- **Ortorexia:**

“La ortorexia es la obsesión patológica por la comida biológicamente pura”. (IMA, 2013, párr. 2., *apartado Ortorexia*). Es un trastorno alimenticio que surge por la obsesión de las personas a la comida sana. Observamos que el problema principal en esta enfermedad es la calidad de la comida, y no la cantidad como se da en el resto de trastornos alimenticios.

Según la Fundación de Imagen y Autoestima (2013), para poder llevar a cabo un diagnóstico de este trastorno, se deben dar los siguientes criterios:

- Pasar más de 3 horas al día pensando en una dieta sana, incluyendo la planificación de lo que comerá al día siguiente.
- Tener una obsesión desordenada por comer alimentos naturales.
- Excluir de la dieta alimentos como carne, grasas y alimentos que han tenido contacto con herbicidas o pesticidas.
- Preocuparse más por la calidad de los alimentos que por el propio placer de comer.
- Sentirse culpable por saltarse la dieta aun en ocasiones especiales.
- Aislarse socialmente por su manera de comer.

Cuanto más aumenta la calidad de alimentación de las personas que sufren este tipo de trastorno, más disminuye su calidad de vida. Pueden llegar a sufrir graves enfermedades debido a esto, como depresión, ansiedad, etc. hasta trastornos obsesivos compulsivos por

la comida en fases muy avanzadas. A parte, también pueden sufrir graves problemas en el organismo debido a la falta de alimentos imprescindibles como la carne, las grasas, etc. (IMA, 2013).

- **Vigorexia:**

El psiquiatra estadounidense Harrison G. Pope introdujo en 1993 el término de vigorexia como la “obsesión por tener un cuerpo musculoso” (IMA, 2013., párr. 1., *apartado vigorexia*)

La Fundación imagen y autoestima (2013) lo define como un “trastorno mental no estrictamente alimentario, que se conoce también como complejo de Adonis” (párr.2., *apartado vigorexia*). Este trastorno, a pesar de afectar a un gran número de población en España (700.000 personas aproximadamente) no está catalogado como enfermedad y se da sobre todo en hombres. Estas personas tienen una obsesión excesiva por su aspecto físico, provocando en ellas un gran desorden emocional. Tal obsesión por conseguir un cuerpo atlético y musculoso puede conllevar el consumo de sustancias perjudiciales para el organismo. También se tiende a eliminar de la dieta grasas y a consumir proteínas e hidratos de carbono en exceso. A pesar de todo, las personas que lo sufren nunca se ven satisfechas con su cuerpo, por lo que su obsesión cada vez va a más. Son personas dependientes del ejercicio físico.

### **Trastorno por Atracón (TA):**

La Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (s.f.) dice que el trastorno por atracón se caracteriza por la “ingesta compulsiva de forma recurrente” (párr. 1., *apartado TA*). Se asemeja mucho a la bulimia nerviosa, sólo que en este caso, la persona que lo sufre no realiza conductas compensatorias como pueden ser los vómitos, el abuso de laxantes o diuréticos, ejercicio en exceso, etc. Algo muy característico también del TA es la aparición de sobrepeso u obesidad, provocando en la persona diabetes, colesterol, hipertensión... y en los casos más graves depresión.

A la hora de diagnosticarlo, la Fundación de imagen y autoestima (2013) tiene en cuenta aspectos como la presencia de atracones recurrentes, al menos una vez a la semana durante tres meses, caracterizado por la ingesta de alimento cada dos horas

aproximadamente, en una cantidad muy superior a la que la mayoría de las personas; y por la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

### ➤ **ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA:**

Kaye, Strober, Stein y Gendall (200) definen la Anorexia y Bulimia Nerviosa, a partir de la Asociación Americana de Psiquiatría, como “trastornos complejos de múltiple definición con etiología desconocida que ocurren preferentemente en mujeres jóvenes”, las cuales tienen una “preocupación mórbida e inusual por su peso y figura” (p. 14).

### **Anorexia Nerviosa (AN)**

Según ACAB (s.f.):

Las personas que padecen anorexia nerviosa sienten un miedo intenso a aumentar de peso o engordar, y están excesivamente preocupadas por su silueta. Como consecuencia, presentan conductas anómalas en cuanto a la alimentación, el peso y el volumen y la silueta corporal. La persona puede verse gorda o desproporcionada, a pesar de tener un peso por debajo de lo considerado normal. (párr. 1., *apartado AN*).

Históricamente, según Lenoir y Silber (2006) la AN existe desde hace mucho tiempo. Hay narraciones sobre santos medievales que lo demuestran, en las cual se nombraba el ayuno autoinducido. El primero que detecta este trastorno como enfermedad es el médico inglés Richard Morton (1637-1698), cuando en el año 1689 menciona la AN en el Tratado para la consunción en Inglaterra. William Gull (1816-1890), quien en 1874 se refiere a la anorexia como “un estado mórbido de la mente” (p.254), propone una nutrición regular y consejo psicológico para su cura. Paralelamente, Charles Laségue (1816-1883) describió el “disturbio familiar” y la amenorrea asociada al trastorno (p. 255). (Aspectos desarrollados con detenimiento en la parte histórica).

La causa de la AN como tal, aún no se conoce, pero sí se pueden observar factores que influyen en su aparición como es el hacer dieta para bajar de peso, los comentarios críticos hacia el cuerpo de sobre todo adolescentes, pérdidas recientes, etc. lo que es cierto es que para que se dé no basta con una única causa, sino que es multidimensional. Por tanto, para

poder comprender correctamente esta enfermedad, se deben considerar varios factores: psicológicos, culturales, biológicos y genéticos. (Lenoir y Silber, 2006)

ACAB (s.f.) refiere que las personas con AN tienen miedo a ganar peso y por eso se preocupan de manera excesiva por su silueta. De hecho, en los inicios de la enfermedad llega a ser positivo, ya que la persona adelgaza y se siente satisfecha con ella misma, incluso su entorno le recompensa. Sin embargo conforme pasa el tiempo, comienzan a aparecer las señales de alarma que indican que algo no va bien. El Instituto Nacional de Salud Mental (2018) destaca las siguientes:

- Adelgazamiento extremo.
- Incesante búsqueda de delgadez y negación a mantener un peso normal o saludable.
- Miedo intenso a subir de peso.
- Imagen corporal distorsionada, autoestima significativamente influenciada por las percepciones de la forma y el peso del cuerpo o negación de la gravedad del bajo peso corporal.
- Falta de menstruación en niñas y mujeres.
- Alimentación extremadamente restringida.

A su vez, podemos distinguir dos tipos de AN, el tipo Restrictivo, que se da si en los últimos 3 meses no ha recurrido a atracones o purgas. El bajo peso se debe a restricción alimentaria o ejercicio en exceso; y el Compulsivo/purgativo, cuando en los últimos 3 meses se ha recurrido a atracones o purgas. (NIMH, 2018)

### **Bulimia Nerviosa (BN)**

La palabra Bulimia, “significa tener un apetito tan grande como el de un buey o la capacidad para comer un buey. Esto alude a una de las principales características diagnósticas de este trastorno: la presencia de los llamados “atracones”. (López y Treasure, 2011, p. 88).

Históricamente, a pesar de que no fuera reconocida como un TCA como tal hasta el siglo XX por Gerarld Russel; Otto Dörr-Zegers (1972) y Hilda Brunch, (1973) ya describieron la BN como un “síndrome alimentario caracterizado por episodios regulares de



hiperfagia<sup>1</sup> seguidos por purgas u otras conductas compensatorias.” (López y Treasure, 2011, p.88)

Afecta sobre todo a mujeres jóvenes, entre el 1% y el 2%, en edades de 15 a 18 años. ACAB (s.f.) lo define como: “Un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los que se ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto.” (párr. 1., *apartado BN*).

Lo que hacen las personas que la sufren, según López y Treasure (2011) es producirse vómitos, maniobras de purga, aumento de ejercicio, etc. para compensar la sobreingesta por los atracones. Y aquí se pueden diferenciar dos subtipos de pacientes con BN. Por un lado, los que recurren a conductas purgativas, como son vómitos o abuso de medicinas; y por otro, los que utilizan conductas compensatorias, tal como el ejercicio o el ayuno. Estas personas se preocupan extremadamente por su cuerpo, pero, a diferencia de la anorexia, aquí se puede presentar un peso normal, no se ven alteraciones radicales. Debido a ello, prácticamente no se ve ningún signo de alarma que nos haga preocuparnos. La persona que lo padece siente tanta vergüenza y culpa por los atracones que lo mantiene oculto, por lo que es habitual que se pida ayuda cuando el problema ya está demasiado avanzado.

Otros síntomas que pueden aparecer y que suelen ser señales de alarma (NIMH, 2018) son los siguientes:

- Dolor e inflamación crónica de la garganta
- Inflamación de las glándulas salivales en la zona del cuello y la mandíbula
- Esmalte dental desgastado y mayor sensibilidad y caries en los dientes (como resultado de la exposición al ácido del estómago)
- Reflujo ácido y otros problemas gastrointestinales
- Malestar e irritación intestinal debido al uso inadecuado de laxantes
- Deshidratación grave por las purgas
- Desequilibrio de los electrolitos (con niveles demasiado bajos o demasiado altos de sodio, calcio, potasio y otros minerales) lo que pueden llevar a un accidente cerebrovascular o ataque al corazón.

---

<sup>1</sup> Hiperfagia: situación caracterizada por un aumento excesivo de la sensación de apetito e ingestas descontrolada de alimentos, sin razón aparente.

Rava y Silber (2004) refieren que, aunque su origen no se sepa con exactitud, muchas personas con BN “comenzaron su enfermedad siguiendo inadecuadamente una dieta para adelgazar” (p. 468). Aunque también es importante tener en cuenta factores socioculturales, pues a día de hoy se ve “la figura delgada como modelo de felicidad y éxito” (p. 468), y el tener eso impuesto en la sociedad puede ser un gran desencadenante a la hora de querer cambiar tu cuerpo y de esa forma iniciarse en las conductas bulímicas. Sin embargo, se pueden observar otros datos de especial interés que hacen referencia a una posible asociación entre los TCA y el abuso físico y/o sexual durante la infancia. Por una parte, existen trabajos en los que se ha observado que “el 30% de las pacientes con TCA fueron abusadas sexualmente o físicamente en su infancia” (citado en Connors y Morse, Pope y col., Moyer y col. y Romans y col., p. 468) Y por otra, “sobre un total de 6.728 adolescentes evaluados en los Estados Unidos, hallaron que aquellos individuos que sufrieron algún tipo de abuso físico o sexual tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario” (citado en French y Story, p. 469).

Desde el punto de vista del género (Rava y Silber, 2004) en la BN se pueden observar algunas diferencias. A pesar de que la BN se manifiesta por igual en hombres que en mujeres, las mujeres suelen diagnosticarse entre los 15 y 18 años, a diferencia de los hombres que lo hacen a edad más avanzada, de los 18 a los 26 años. Además los motivos también son muy diferentes, pues mientras las mujeres lo hacen por tema estético, los hombres lo hacen por temas deportivos y suelen ser menos estrictos con el control del peso. Un estudio de “Joiner, Katz y Heatherton” demuestra estas diferencias, por ejemplo, en uno se observa “que las mujeres mostraban más preocupación por la delgadez y por lograr un descenso de peso rápido y efectivo, mientras que los hombres mostraban ser más perfeccionistas y con mayor desconfianza en las relaciones interpersonales” (p. 471). En relación a otro estudio, realizado por “Schneider y Agras” (p. 471) también se observa que los hombres desean un peso más normalizado en base a la edad y el sexo, y las mujeres desean un peso menor de lo normal, lo que confirma que la imagen corporal de los hombres se ve menos distorsionada y que por ello es más difícil detectar esta enfermedad en ellos.

## ➤ CAUSAS. FACTORES DE RIESGO:

Los trastornos de la alimentación, según Bermúdez (2018):

Son condiciones complejas que emergen de la combinación de conductas presentes por largo tiempo, factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales (...). La gente con trastornos alimenticios utiliza la comida y el control de la comida como un intento para compensar los sentimientos y emociones que de otra manera son vistos como insoportables. (párr. 1 y 3).

Con esto se quiere decir que una dieta comienza en un primer momento para controlar nuestra vida, para sentirnos mejor con nosotros mismos, pero poco a poco, estos comportamientos se dan cada vez más seguidos, ocasionando problemas en nuestra salud tanto física como mental, en nuestra autoestima, etc. (Trastornos de la alimentación en adolescentes, 2018).

A día de hoy aún son inciertas las causas por las que surgen estos trastornos, sin embargo, sabemos que aspectos como la preocupación por el peso y la forma corporal son el punto central según. Bien es cierto, que son muchos otros los factores que influyen en su aparición. (Sally Robertson, 2018). Destacan los siguientes factores de riesgo:

### **Factores socio-culturales:**

En la sociedad de hoy en día, según Sally Robertson (2018) el ideal de belleza está en la delgadez, haciendo que, sobre todo las chicas jóvenes, con un peso “normal” se vean gordas. Lo que desencadena en una obsesión por bajar de peso y hacer dietas para alcanzar ese ideal.

Maganto Mateo (2011, citado en Sánchez, 2009) refiere que los TCA se han convertido en una epidemia, sobre todo en la sociedades occidentales.

La cultura occidental, puede crear mucha confusión entre los jóvenes adolescentes, que son los más afectados por los estándares de belleza establecidos en la sociedad. Por un lado, a nivel social, la delgadez se compara muchas veces con el éxito, llevando a la idea de ser deportistas, comer sano, tener un cuerpo delgado para tener más oportunidades; sin embargo, desde el punto de vista comercial, cada vez se comercializa más la comida rápida, barata y calorífica, ocasionando así una gran confusión. Toda esa presión que se

ocasiona en las distintas sociedades, se puede también observar en aquellos que practican deportes o actividades que valoran la delgadez, tales como el modelaje, el atletismo de élite, el ballet, etc. aumentando en ellos el riesgo de padecer trastornos de alimentación. Es decir, la gente acaba desarrollando perspectivas poco realistas para su imagen, centrándose de forma excesiva en el ideal de belleza inalcanzable (Sally Robertson, 2018)

Ante esto, Maganto Mateo (2011) narra sobre cómo la publicidad y las industrias que se relacionan con el cuerpo, como los gimnasios, farmacias, asesores dietéticos, etc. promueven la delgadez en mujeres y la musculatura en los hombres.

Por otro lado, también se deben destacar los medios de comunicación (de lo que se hablará más adelante) y las relaciones interpersonales. Estudios indican que, sobre todo, es la familia la que ejerce una influencia mayor en niños/as y adolescentes, mientras que son los amigos y los medios de comunicación los que influyen en los jóvenes en la fase final de la adolescencia. Como ejemplos, podemos destacar aquellos padres que están continuamente preocupados por su peso. Eso puede ocasionar en su hijo/a un comportamiento anormal hacia la comida, al igual que aquellos familiares y compañeros del colegio que están continuamente bromeando con los niños acerca de su peso o de su imagen, generando en ellos grandes complejos. (Portela de Santana, da Costa Ribeiro Junior, Mora Giral y Raich, 2012).

Tal y como se puede extraer en el artículo “La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea” (Sánchez, 2012) hay un estudio de investigación de Cook-Darzens et al. (2005) que ha presentado los siguientes datos a partir de familias con adolescentes con TCA (p. 304).

- “La calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en el curso y resultado del trastorno.”
- “Los sujetos con trastornos alimentarios perciben a sus familias como significativamente menos adaptables, menos cohesionadas y más pobremente comunicativas (...).”
- “(...) en la medida que la disfunción familiar se incrementa, aumenta también el reporte de trastornos de conducta alimentaria.”

Según Sánchez (2012) “se podría decir que los trastornos de la conducta alimentaria podrían ser entendidos como un síntoma de la disfunción familiar” (p. 305).

### **Factores biológicos:**

Sally Robertson (2018) destaca el eje hipotalámico pituitario suprarrenal (HPA), el cual “libera reguladores de apetito, de la tensión y del humor, tales como la serotonina, noradrenalina y dopamina” (párr. 17). Cada uno de estos reguladores tiene una función importante en nuestro cuerpo, y cuando se dan desajustes, surgen los trastornos alimenticios. Por ejemplo, “un desequilibrio de la dopamina y la serotonina ayuda a explicar por qué la gente con anorexia no deriva un sentido del placer de la comida y de otras comodidades comunes” (párr. 17).

- La serotonina: regula la ansiedad y el apetito.
- La noradrenalina: regula la tensión.
- La dopamina: regula el comportamiento.

### **Factores genéticos:**

Las personas que tiene un familiar de primer grado que ha sufrido un trastorno alimenticio en algún momento de su vida, tienen mayor probabilidad de sufrir ellos la misma situación que una persona sin esa descendencia. (Sally Robertson, 2018). Es decir, “la herencia juega un papel en la susceptibilidad para desarrollar este tipo de trastornos” (Maganto Mateo, 2011, párr. 5).

Se estima que en la adolescencia, la genética es la responsable (entre un 50% y un 85%) de los factores de riesgo de TCA y de la preocupación que surge entre los jóvenes por el peso y la forma de su imagen, destacando que tiene esto mayor importancia que los factores ambientales. (Portela de Santana et al., 2012).

### **Factores psicológicos:**

Son muchos los aspectos que pueden influir en los TCA, Sally Robertson (2018) destaca aquellos como el desorden, el pánico, las fobias, los traumas, situaciones agotadoras, etc. los cuales pueden generar niveles de ansiedad y/o depresión y desencadenar en un trastorno alimenticio.

Maganto Mateo (2011) va más allá, y refiere que dentro de los factores psicológicos se encuentran otros factores asociados a dichos trastornos, como la insatisfacción corporal, el Índice de Masa Corporal, las dietas y la depresión y ansiedad:

La insatisfacción corporal es destacable sobre todo en la pubertad (de los 13 a los 19 años como momento más crítico). Los chicos y chicas adolescentes suelen verse con una imagen distorsionada de su propio cuerpo, normalmente, ven su figura más gruesa de lo que es, por lo que tienden a hacer dietas para que esa figura se reduzca (citado en Gómez, García y Corral, 2009; Quintanilla et al., 2008). Esta visión negativa, en gran medida puede deberse al modelo social, es decir, que muchos adolescentes desean alcanzar dicho modelo, lo imitan, lo que acaba desencadenando en un trastorno de la imagen corporal, cuyas variables relacionadas son los errores alimenticios, dietas, mala expresión de emociones, ignorancia sobre los TCA, etc. (citado en Cruz y Maganto, 2002; Maganto y Cruz, 2002; Kortabarria y Maganto, 2010).

Dentro de los índices de masa corporal extremos se encuentran el infrapeso y la obesidad:

Este problema ha sido considerado propio de países con alto nivel de vida. Sin embargo, los datos constatan que los países con medio e inclusive bajo nivel de vida están sufriendo un rápido aumento de enfermedades crónicas como el sobrepeso y la obesidad, sobre todo, en el medio urbano. No es raro encontrar la coexistencia, en un mismo país y en un mismo hogar, de la subnutrición y la obesidad, lo que genera una morbilidad múltiple. (Meganto Mateo, 2011, párr. 18).

En relación a las dietas, las principales razones para comenzarlas, varían mucho en función del género, y es importante destacar que no se llevan a cabo porque se necesite bajar de peso (Meganto Mateo, 2011, citado en Maganto, Garaigordobil y Maganto, 2010; Ramos, Rivera y Moreno, 2010). En gran medida, se hace porque se tiene una imagen del cuerpo distorsionada. Y muy relacionado con esto, está la sociedad, pues por un lado, a través de publicidad, medios de comunicación, etc. se alienta la obesidad, pero por otro, el ideal social está en la delgadez (Meganto Mateo, 2011, citado en Acosta y Gómez, 2003; Acosta et al., 2006)

Por último, dos aspectos muy importantes dentro de estos factores, son la depresión y ansiedad, de lo que se hablará más adelante desde el punto de vista de la comorbilidad.

### **Factores personales y de carácter:**

Son muchos los factores que influyen como ya se ha dicho anteriormente, pero aspectos como la personalidad de cada persona, el ser perfeccionista, rígido, ansioso... también influye mucho a la hora de padecer un trastorno.

La baja autoestima, el buscar siempre el perfeccionismo, la aprobación, etc. son cualidades que comparten las personas que sufren TCA. Y a esto si le sumas otro tipo de trastorno o desorden, puede agravar la situación. La baja autoestima es una problemática muy común entre los adolescentes y está asociada a la imagen negativa del cuerpo. “Los estudios muestran que la tendencia a comparar su cuerpo con otros y la insatisfacción con la imagen corporal se asociaron significativamente con baja autoestima, mientras que, una autoestima alta se constituyó en un factor de protección.” (Portela de Santana et al., 2012, párr. 4., *apartado baja autoestima y afecto negativo*).

### **➤ COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS:**

Según Sánchez Mascaraque (2015) “los TCA tienen gran comorbilidad psiquiátrica, en especial con depresión, trastornos por ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de la personalidad” (p. 85), es decir, la presencia de uno o más trastornos. Con esto se quiere decir que los adolescentes que sufren algún tipo de TCA suelen sufrir simultáneamente otros tipos de trastornos, bien porque, debido al trastorno alimenticio desarrollan otro, o viceversa.

### **La depresión (o trastorno del estado de ánimo):**

La Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (GPC 2009) dice que la depresión está totalmente relacionada con los TCA, pero no siempre se relaciona de igual forma, pues en unos casos la depresión es la detonante del trastorno alimenticio y en otros casos es lo contrario, que a raíz de sufrir el trastorno alimenticio, surge la depresión. Lo que sí sabemos es que la depresión prevalece entre el 40 y 80% de los casos, sobre todo en aquellos que sufren Bulimia Nerviosa.

Un estudio para conocer si existe asociación entre la depresión y los TCA en mujeres adolescentes de Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci (2009) afirma dicha relación entre

ambos trastornos. Lo relaciona con la teoría de Zukerfeld (1992) en la que se planteó una fuerte relación entre desesperanza y descontrol junto a un déficit de autoestima. Aquí “se establece un circuito donde cada acto impulsivo, por ejemplo un atracón, incrementa la desesperanza y ésta a su vez, recrea situaciones de baja autoestima, cuyo resultado es un nuevo acto” (p. 106).

### **La ansiedad:**

“Los estudios marcan prevalencias de ansiedad muy variadas que pueden oscilar entre el 10% y el 40%” (GPC, 2009, p. 53).

Según el artículo *Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México*, Radilla et al. (2015) refieren que:

Otra forma en que la ansiedad se relaciona con los TCA, es que pone en relieve la intolerancia a los cambios del estado de ánimo, lo que puede evitar el control de las emociones e involucramiento en conductas disfuncionales, como comer compulsivamente, utilizar purgas, y realizar ejercicio excesivo, como intentos de modular el afecto negativo (párr. 10).

Por otro lado, la psicóloga Irene Alonso Vaquerizo (2016) en su artículo *Dieta indefinida, cambios de humor y aislamiento, signos de la existencia de un trastorno alimenticio*, explica que las personas con TCA también suelen padecer de forma simultánea otros problemas psicológicos como la ansiedad, “cuando empiezan a tener un trastorno alimentario se suelen aislar de la familia y de los amigos, por ello es importante que su entorno atienda a estos signos, al igual que si abandona sus responsabilidades o pierde la alegría” (párr. 4).

### **Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC):**

Las personas con TCA, especialmente AN, presentan una importante prevalencia de rasgos de personalidad obsesivos. Muchas de ellas son personas rígidas, estrictas, ordenadas, responsables, constantes, intransigentes y poco tolerantes, rasgos de personalidad que predisponen y acompañan a los TCA. No obstante, en un número no desdeñable de pacientes, hasta un 40% diagnosticados de AN, está presente la enfermedad obsesivo-compulsiva cumpliendo criterios de comorbilidad. (GPC, 2009).



### **Trastorno de la personalidad:**

Alrededor del 30% de casos de TCA presentan trastornos de la personalidad. Las personas que cumplen criterios de BN presentan asociado un trastorno de la personalidad, especialmente el límite y el histriónico, con una alta prevalencia. (GPC, 2009)

Por otro lado, Martín, Cangas, Pozo, Martínez y López (2008) aseguran que “las propias consecuencias físicas de la anorexia nerviosa (malnutrición y bajo peso) pueden afectar a la personalidad al exacerbar los patrones de conducta desadaptativos muy resistentes” (p.33).

## **5. LA INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

### **Medios de comunicación:**

Portela de Santana et al. (2012) en su artículo *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia* afirman que:

En la sociedad actual y globalizada el ideal de la belleza diseminado en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación imponen y valorizan la figura de la delgadez del cuerpo para hombres y mujeres adolescentes, y por otra parte estigmatizan la obesidad. (párr. 1., apartado: *influencia de los medios de comunicación*).

Los medios, continuamente hacen ver que lo correcto y lo bonito es ser delgado, están continuamente vendiendo imágenes para alcanzar el ideal de belleza, sin embargo, anuncian continuamente alimentos atractivos y deseables pero nada sanos, generando en los niños y niñas una gran confusión desde muy pequeños en su imagen corporal y en su comportamiento alimenticio.

Tal y como se puede extraer de este artículo, Schooles y Trinh realizaron un estudio con niñas, en el que detectaron que el visualizar programas de televisión “fue el predictor más fuerte de insatisfacción con la imagen corporal” (párr. 2). Otro estudio destacable aquí, es el realizado por Becker y cols. quienes observaron que “las niñas que trataban de parecerse a las mujeres que se encontraban en los medios de comunicación y los niños y niñas que estuvieron expuestos a las revistas sobre pérdida de peso, presentaron mayor riesgo de atracón y uso de estrategias extremas para controlar el peso”. (Portela de Santana et. al, 2012, párr. 2).

Por otra parte, desde un punto de vista contrario a lo anterior, Carrillo (2003) refiere que los TCA se ven como “enfermedades sociales” pero no es así, para ella son “enfermedades con grandes alteraciones físicas y psíquicas (...) que van mucho más allá de la comunicación.” (*La publicidad, ¿víctima o culpable?*, p. 30).

La publicidad se toma como una comunicación persuasiva, pero no de forma directa para engañar a las personas, no, es una comunicación que asimila y transforma el sujeto, por tanto, ¿es la publicidad la culpable o lo es el sujeto?, según Carrillo, los TCA “son un grito ante los roles que hay que desempeñar en la vida para triunfar (...). La publicidad no es la causa (...), sino que es el reflejo de los valores sociales que hoy en día vencen como pautas por seguir” (p. 32).

Es decir, no es la publicidad propiamente dicha la culpable de los trastornos alimenticios, sino que es la sociedad la que se encarga de establecer entre las personas los diferentes cánones para verse bien, es la que se encarga de ver a la mujer delgada como la mujer exitosa. La publicidad es un simple reflejo de la sociedad, ya que “su interés está en la identificación con los públicos a los que dirige sus productos y servicios”. (Carrillo, 2003, p. 32).

### **Redes sociales:**

Las redes sociales son “sitios de Internet formados por comunidades de individuos con intereses o actividades en común (como amistad, parentesco, trabajo) y que permiten el contacto entre estos, de manera que se puedan comunicar e intercambiar información.” (Raffino, 2019, párr. 1).

Son una herramienta de comunicación que tiene una finalidad social, pues tratan de establecer contacto entre diversas personas de forma fácil y rápida. Alrededor de los años 2000 empiezan a surgir sitios web que permiten crear amistades virtuales, compartir información y aspectos personales. Con los años, estos sitios web fueron tomando tanta importancia dentro de la población que a día de hoy “existen más de 200 redes sociales con más de 800 millones de usuarios (...) herramienta usada a cualquier edad, aunque las estadísticas sitúan al 80% de los usuarios en la franja de edad que comprende los 12 y los 30 años” (Marcos Sierra, 2018, p. 3).

Lo que está claro, según Sánchez (2012) es que, en la actualidad, encontramos miles de redes sociales diferentes, en las que se busca un mero entretenimiento por un lado, pero por otro, también se busca el crear un perfil personal, público, en el que compartir tu vida, tus experiencias, averiguar los últimos sucesos, etc. y con ello se ha conseguido que ahora importe más tener una gran cantidad de amigos que tener amigos de calidad. Y el tener muchos amigos también es un problema, pues los adolescentes tienen muy en cuenta las opiniones de la gente, por lo tanto, a más amigos, más opiniones en las que preocuparse. Pero el problema ya no es tanto el tiempo que pasen delante del móvil o del ordenador o del móvil conectados a internet, está en que la mayoría de los usuarios son jóvenes adolescentes, y “uno de sus principales propósitos es formar una personalidad definida que los demás acepten” (p. 307), lo cual es un problema porque esperas la aceptación de personas que la mayoría de veces ni conoces. Estás expuesto a que una serie de desconocidos definan tu personalidad. Y muchas veces también sucede que ya tengas una personalidad definida y necesitas compartirla para sentirte aceptado por los demás.

Marcos Sierra (2018) refiere:

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se registran 80.000 nuevos casos de TCA en todo el mundo y provocan un centenar de muertes. En España, los expertos alertan de que anorexia y bulimia afectan a pacientes cada vez más jóvenes, bajando la edad de inicio desde los 15 años hasta los 13 años. Cruz Roja España dice que uno de cada 100 adolescentes sufre anorexia nerviosa, y cuatro de cada 100, bulimia nerviosa (p. 3).

Con todo ello, se quiere decir que un incorrecto uso de las redes sociales conlleva una propagación de los TCA entre los jóvenes, pues son “sistemas naturales de validación que impactan en su percepción corporal” (Marcos Sierra, 2018, p. 3).

La gran presión que se observa en redes sociales para tener un cuerpo perfecto, es un factor muy importante a la hora de la aparición de estos trastornos. La sociedad de hoy en día ha creado una serie de estándares de belleza irreales y que desvaloriza a todos aquellos que no están dentro de dichos estándares. Cada vez es más habitual leer en internet que tener un cuerpo delgado y perfecto es equivalente a ser feliz y tener éxito. Esto es un grave problema cuando lo leen continuamente jóvenes que están formando su identidad personal, ya que para ellos, cualquier cuerpo que no sea delgado va a ser gordo e imperfecto, y harán lo que sea para que su cuerpo se adapte a esos estándares establecidos. (Lezama Reyes, 2015).

Esto afecta mucho más a las chicas adolescentes que a los chicos. Las adolescentes están mucho más persuadidas por diversas artistas y modelos de internet, provocando en ellas una visión del cuerpo perfecto errónea, lo que les hace querer perder peso, y en consecuencia, que se produzca un trastorno alimenticio, sobre todo anorexia y bulimia. Y a todo esto, se le suma la cantidad de contenido escrito, imágenes, vídeos, etc. que apoya la pérdida de peso. (Lezama Reyes, 2015, citado en Méndez A. Carlos, 1995)

Según Vidal (s.f.):

En un estudio de la *Agencia de Calidad de Internet* realizado en 2010 para la Fundación Imagen y Autoestima se desveló que existían cerca de 2.500.000 de publicaciones etiquetadas con el hashtag #anorexia y casi 4.000.0000 detrás de #ana y #mia.” (...) En un estudio realizado en 2016 por *La Mesa de Diálogo para la Prevención de Trastornos Alimentarios* de Cataluña examinó además nuestros hábitos de búsqueda, concluyendo que un 31,6% va buscar “cómo adelgazar rápido”, el 11,6% “dietas extremas para bajar peso”, el 10,8% blogs y foros pro-ana y pro-mia y un 5,2% “cómo vomitar”. (párr. 5 y 9)

Con estos datos, se puede observar lo presionados que están, sobre todo las chicas, por los cánones de belleza de la cultura actual.

Por otro lado, un informe realizado en 2010 sobre la difusión y proliferación de apología de la anorexia y la bulimia en la red, (Sánchez, 2012) se extrajeron los siguientes datos, con el fin de llamar la atención a todas aquellas organizaciones que están implicadas para que tomen medidas. Los datos más destacables son los siguientes:

- “Incremento de los sitios web que hacen apología de la anorexia y la bulimia: en un buscador como Google aparecen alrededor de 500.000 páginas pro anorexia y pro bulimia en menos de un segundo.”
- “Peligro de que este tipo de páginas puede conllevar a la sociedad y a la salud de las personas: el 75% de personas que consultan estos contenidos de la red son menores de edad.”
- “La apología de la anorexia y la bulimia está proliferando considerablemente a través de las redes sociales.”
- “Perfil de los usuarios: preferentemente chicas (95%) que desean adelgazar a cualquier precio y se acercan de manera muy peligrosa a este tipo de trastornos.” (p. 308).

Con esto se puede comprobar que muchas chicas que sufren anorexia y bulimia, o no, comparten aspecto “positivos” de ello de forma pública, haciendo ver al resto de adolescentes que no están solas en esto, lo cual supone un problema, pues hacen ver que es algo natural. (Sánchez, 2012).

## **6. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRABAJO SOCIAL**

Como ya sabemos, los TCA se integran dentro de la salud mental, que según la OMS (2013) “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr. 1).

En este apartado se generalizará la importancia del trabajo social dentro de salud mental a modo de conocer sus funciones, roles y forma de abordar los trastornos alimenticios.

La salud mental se refiere a la salud integral de las personas, lo que supone tener un buen desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y una correcta integración sociocultural. Por ello, a la hora de intervenir, el trabajador/a social debe estar integrado en un equipo multidisciplinar; necesita la ayuda de otros profesionales como psicólogos, médicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, etc. para conocer todos los puntos de vista y llevar una correcta integración de la personas desde diferentes disciplinas. (Garcés, 2010).

Tal y como exponen Méndez, Wraage y Costa (2012):

La intervención social en el campo de la salud mental fue una de las primeras prácticas que realizó el trabajo social desde sus orígenes, ya que, como planteaba Mary Richmond (...) “la insania y la debilidad mental nos llevan más lejos aún de lo que nos lleva el alcoholismo, a internarnos en el territorio en el cual los datos médicos y los sociales no se pueden separar tácitamente (p. 409).

La intervención interdisciplinar es un aspecto clave para abordar cualquier problema del individuo. Supone una visión global de la situación, lo que permite realizar una correcta acción ante el problema de forma integrada. Por ello, como dice Rocamora (2011) “a la hora de abordar los TCA, es necesario pensar esta problemática teniendo en cuenta, no sólo la multiplicidad de factores orgánicos y psicológicos (...), sino también entender el contexto actual que atraviesa a la persona” (p. 67).

Está claro que para intervenir con personas con algún tipo de TCA, el trabajador/a social es muy importante dentro del equipo, pero, ¿cuál es el rol del trabajo social dentro del equipo multidisciplinar?

El trabajo social (Garcés, 2010) se encarga de valorar la relación biológica, psicológica y social de la persona, como guía a la futura intervención. Esto lo lleva a cabo a través de la relación interpersonal con el individuo, su entorno y sus relaciones con otras personas.

Se pueden diferenciar tres funciones básicas del trabajador/a social, teniendo en cuenta que, dependiendo el lugar donde preste sus servicios, su actuación será diferente, pero a nivel general, Garcés (2010) en su artículo *Trabajo Social en salud mental*, distingue:

- **Función de atención directa:**

“Es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud.” (p. 345).

Lo fundamental aquí es trabajar los recursos a nivel individual y familiar a través de la detección de situaciones de riesgo o necesidades; y a partir de ahí, la valoración de la situación, el diagnóstico social, y la planificación de una intervención con la ayuda del equipo interdisciplinar.

- **Función preventiva, de promoción e inserción:**

Basada en la integración de la persona afectada a nivel sociofamiliar. Esto se llevará a cabo mediante una serie de recursos normalizados y específicos y el fomento de grupos de autoayuda, asociaciones, etc.

- **Función de coordinación:**

Relacionada directamente con el equipo multidisciplinar. El trabajador/a social debe incorporar el factor social del problema de la persona a través de los cuidados necesarios, aportación de recursos para su integración...

Es necesario tener en cuenta, que de todo el equipo, en lo que se refiere a las relaciones comunitarias de la persona afectada, el trabajador/a social es el mejor preparado. Por ello,

para llevar a cabo su función de forma correcta, Garcés (2010) refiere que “debe conocer los servicios del entorno para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados (...), identificar y evaluar riesgos a corto y medio plazo así como las capacidades conservadas que actúan como soportes para orientar.” (p. 342).

Por otra parte, a la hora de abordar las distintas situaciones que se presentan, el trabajador/a social, puede intervenir desde cuatro niveles básicos:

### **Nivel individual:**

Normalmente, (Quesada, 2014) a la hora de intervenir con personas con TCA o con problemas de salud mental en general, el trabajo social se lleva a cabo en los sistemas sanitarios. El punto de partida a nivel individual será conocer el caso, es decir, la persona con la que haya que intervenir y decidir si se le puede tratar desde la atención primaria o por el contrario hay que derivarla a atención especializada. A partir de ahí, con la ayuda de los médicos y nutricionistas se ayudará a la persona a conseguir un peso normal, controlando cualquier complicación que pueda surgir a nivel sanitario.

Una función importante del trabajo social en este nivel es la de la “evaluación social”, lo cual puede realizar en cualquier lugar: en el domicilio de la persona, en el hospital, etc. y lo lleva a cabo mediante la historia social de la persona afectada y de su familia, la cual consta de: genograma, valoración de las relaciones y grado de apoyos, problemáticas, visitas domiciliarias, evaluación y diagnóstico de la situación, y un informe social final. Una vez que se haya realizado la historia y el informe social, será el momento de saber si es necesaria la intervención o no, lo que sabremos si aparece una necesidad en la que se deba intervenir de forma comunitaria. (Quesada, 2014).

### **Nivel Familiar:**

No es raro observar, que la sociedad actual produce cada vez más tensiones en las personas, lo cual se transmite hasta la familia, generando conflictos internos entre los integrantes. Muchas veces, para resolver los problemas producidos en el núcleo interno de la familia, se deben tener en cuenta varios aspectos, como la forma en que se organiza

dicha familia, los aspectos personales de cada miembro (en base a lo vulnerables que sean a los conflictos), los recursos existentes para afrontar la situación, posibles limitaciones, etc. (Rocamora, 2011).

En el caso de los TCA, es una situación que genera grandes tensiones y puede afectar a la convivencia diaria de una familia, pero es de vital importancia la ayuda y el apoyo de ésta para hacer frente a la situación.

Satir (2005) en su libro *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar* habla sobre una serie de aspectos que definen la vida en familia, y son los siguientes (Pérez Quijano, 2013):

- La autoestima, que son los sentimientos e ideas que tiene un individuo sobre sí mismo.
- La comunicación, los métodos que utiliza cada persona para expresar lo que siente ante los demás.
- Las reglas que utilizan los individuos sobre cómo deben sentirse y cómo deben actuar, formando así el sistema familiar.
- El enlace social, que es la forma en que las personas se relacionan con el resto de individuos e instituciones de la sociedad, ajenos a la familia.

Esto se resume en que, si la familia tiene algún problema, basta con cambiar uno, o más de uno de estos aspectos para poder hacer frente a dicho problema. Hay que tener en cuenta que las familias que tienen problemas (y en este contexto, sería que un integrante sufre un trastorno alimenticio) tienen una baja autoestima, mala comunicación, reglas familiares rígidas y difícil enlace de la familia con la sociedad. (Pérez Quijano, 2013).

En definitiva, (Rocamora, 2011) la familia es el grupo directo con el que el individuo afectado establece contacto, por ello “resulta vital ayudarlas a adquirir unos niveles básicos de funcionalidad en su estructura y en su dinámica tanto interna como externa, para que puedan convertirse en una ayuda real para sus miembros.” (p. 80).

Para poder hacer frente a todo esto, la familia debe ser orientada por profesionales, trabajadores/as sociales en este caso, a través de la ayuda y el acompañamiento, la incorporación de pautas de salud e informaciones que para ellos sean desconocidas, etc. La función de los profesionales se basaría en “cómo mejorar la convivencia diaria, cómo comunicarse con el adolescente, cómo marcar los límites, cómo solucionar los problemas



cotidianos, cómo favorecer que la persona afectada vaya progresando en su recuperación de la salud.” (p.79).

El Trabajo Social es clave a la hora de abordar este tipo de problemas, pero aún más clave es la familia. Por ello debe ser guiada por expertos, para sobrellevar la situación de una forma correcta.

### **Nivel Grupal:**

Dentro de la intervención grupal, el trabajador social tiene el rol de “coordinador”:

Es una forma particular que se desarrolla entre el Trabajador Social y un grupo. Tendiendo a promover y proponer actividades que faciliten el vínculo y la tarea, detectar y señalar los obstáculos que se presenten en el desarrollo de la misma, crear, fomentar y mantener la comunicación, ayudar al reconocimiento de objetivos comunes, mantener y sostener el encuadre dentro del tiempo y espacio del grupo (Rocamora, 2011, p. 73).

A partir de esta relación, entre grupo y un coordinador, surgen los “Grupos de Autoayuda”, que están formados por individuos con una serie de problemas comunes al resto y se reúnen para apoyarse mutuamente a través de sus propias experiencias. Es una forma de aprender y poder sobrellevar mejor su situación, ya que sienten empatía con el resto, dejando de lado los aspectos que han ocasionado su problema. (Quesada, 2014).

Se debe llevar a cabo una intervención basada en la promoción social y la participación, con el fin de fortalecer los derechos de los individuos y el respeto a la diversidad. Rocamora (2011): “estará orientada a la prevención y fortalecimiento de competencias sociales y cognitivas, utilizando técnicas educativas adecuadas, que incrementen aspectos como la motivación, la autonomía, la autoestima y el apoyo social.” (p. 75),

### **Nivel Comunitario:**

A nivel comunitario, el trabajador/a social puede intervenir desde la sensibilización y/o desde la prevención.

#### **- Sensibilización:**

De forma muy breve, la sensibilización de la comunidad sobre los TCA se lleva a cabo a través de Asociaciones sobre todo, las cuales hablan sobre los hábitos de vida saludable

y los valores que debe tener la sociedad sobre la alimentación. Su finalidad es aumentar la autoestima de la sociedad, como forma de prevención. (Quesada, 2014)

- **Prevención:**

Desde el punto de vista de la prevención, el trabajador/a social lleva a cabo su rol mediante la educación, con charlas educativas en colegios e institutos normalmente. El objetivo de dichas charlas se basa en promover una vida saludable y dejando totalmente atrás las ideas del cuerpo perfecto y los cánones de belleza de la sociedad. “En estas charlas educativas se habla de autoestima y habilidades sociales para ayudar a los jóvenes a no caer en las manos de la moda y convertirse en esclavos de la misma.” (Quesada Cabrera, 2014, p. 29).

Sin embargo, en la “Guía de Prevención de los TCA y el sobrepeso” (Gómez del Barrio et al., 2008) señalan que este tipo de charlas educativas podrían ser desacertadas, pues pueden producir un efecto totalmente contrario al objetivo inicial, puede que se genere una actitud de pánico y se magnifiquen las conductas propias de la edad. Lo que se considera correcto en esta Guía a la hora de prevenir, es el “desarrollo de programas interactivos y multisesión.” (p. 43). A la hora de llevarlos a cabo, hay que tener en cuenta cuáles son los principales factores de riesgo que afectan a la población diana de dicho programa. En el caso de los TCA, dos factores de riesgo a tener en cuenta son la baja autoestima y la presión social en cuanto a las dietas y los cánones de belleza establecidos. Por ello, desde el punto de vista de la sociedad, se debería educar a los jóvenes para que sepan cuestionar la cantidad de mensajes que lanzan los medios de comunicación, ya que es uno de los aspectos que más influencia tiene en las personas jóvenes. Y por otro lado, desde el punto de vista de la autoestima, y en relación a lo anterior, sería importante dotar a los más jóvenes de las habilidades necesarias para que sean capaces de enfrentarse a las presiones sociales, resolver problemas, cuestionarse los modelos estéticos, etc.

En conclusión Gómez del Barrio et al. (2008) lo resumen de la siguiente manera:

La prevención resultará más eficaz si se aplica en poblaciones de riesgo, en sesiones interactivas y múltiples, principalmente en personas jóvenes de sexo femenino y ofertada por profesionales cualificados. En cuanto al contenido. Resultarán más eficaces aquellas estrategias que emplean técnicas que refuercen la autoestima y habilidades sociales y ayuden a realizar crítica del modelo estético imperante y a la aceptación de la imagen corporal (p. 43).

## **7. ESCALA DE EVALUACIÓN DE INSATISFACCIÓN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA (EEICA)**

### **➤ INTRODUCCIÓN:**

La presente encuesta se trata de una adaptación de la *Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Adolescentes* (EEICA), del Servicio Andaluz de Salud.

Dirigida a jóvenes y adolescentes de entre 15 y 25 años de ambos sexos.

Consta de 32 preguntas de tipo cuantitativo, donde se debe marcar la frecuencia con la que la persona encuestada ha llevado a cabo cada acción/pensamiento, siendo:

- 1) Nunca
- 2) Casi nunca
- 3) Alguna vez
- 4) Bastantes veces
- 5) Casi siempre
- 6) Siempre

Sólo hay una única opción posible en cada pregunta y todas son de respuesta obligatoria.

Se ha realizado a través de las redes sociales y las respuestas son totalmente anónimas. Los encuestados/as únicamente han debido especificar sexo y edad.

El objetivo principal es conocer la insatisfacción corporal que tienen los jóvenes de este rango de edad sobre su cuerpo, como forma de demostrar algunos aspectos de los que se ha hablado en el presente trabajo, como que las redes sociales, los cánones de belleza actuales y las relaciones sociales son aspectos desencadenantes que influyen directamente en la aparición de los TCA.

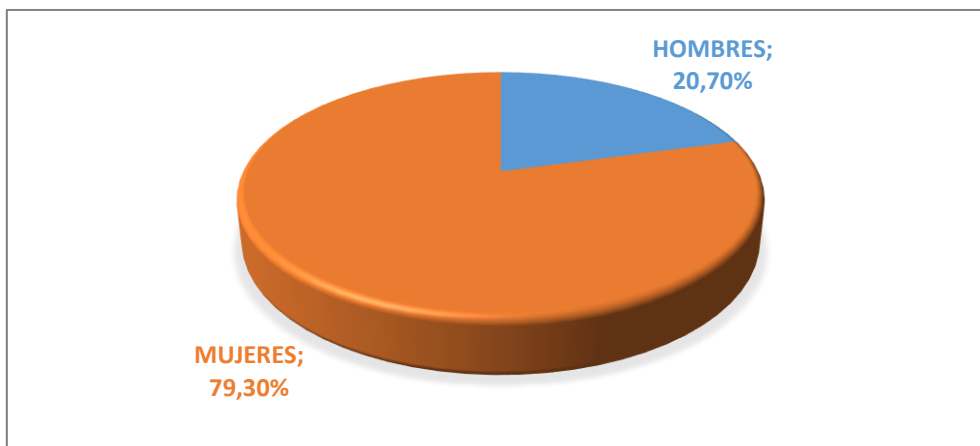
Personalmente, por esto he decidido llevar a cabo esta encuesta. La considero una herramienta de gran interés y utilidad para este trabajo ya que, todo trastorno alimenticio comienza con una visión negativa de nuestro cuerpo.

Respecto al análisis, se agruparán las preguntas en distintos campos en base a su contenido, es decir, aquellas que se relacionen con terceras personas, con la ropa, la figura corporal, etc.

## ➤ ANÁLISIS Y RESULTADOS

Como podemos ver, ante un total de 116 personas, la participación de las mujeres (79,3%), se multiplica en relación a la de los hombres (20,7%)

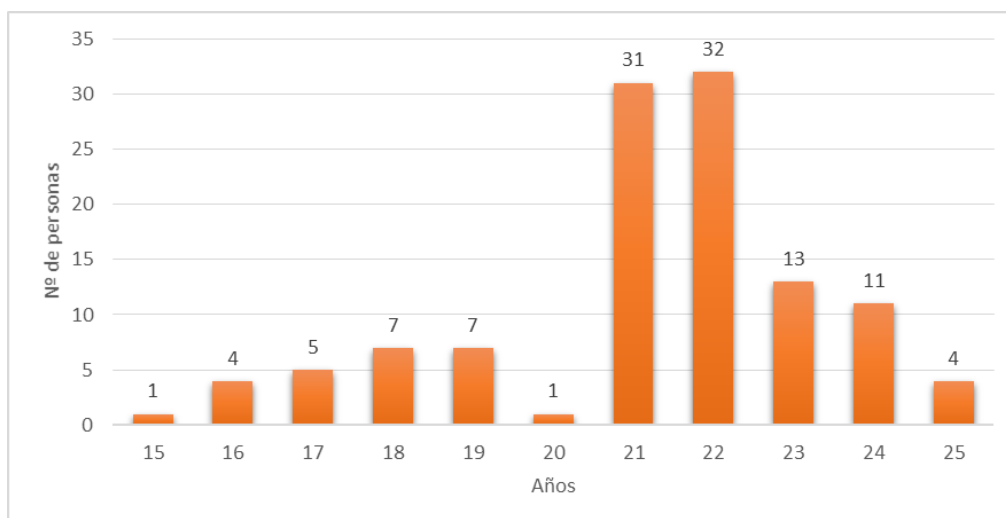
Gráfico 1



(Fuente: Elaboración propia)

Respecto a las edades, los 21 y 22 años comprenden prácticamente la mitad de los encuestados.

Gráfico 2



(Fuente: Elaboración propia)

La agrupación de las preguntas<sup>2</sup> se ha llevado a cabo de la siguiente manera: aquellas que podemos relacionar con terceras personas; las relacionadas con la ropa, al peso y a la figura corporal; y las que se centran en posibles salidas para mejorar nuestro cuerpo.

Han sido agrupadas cada una de las 32 preguntas, pero, únicamente se explicarán y representarán gráficamente aquellas de mayor relevancia para el objetivo del trabajo, reduciendo el análisis a 14 preguntas.

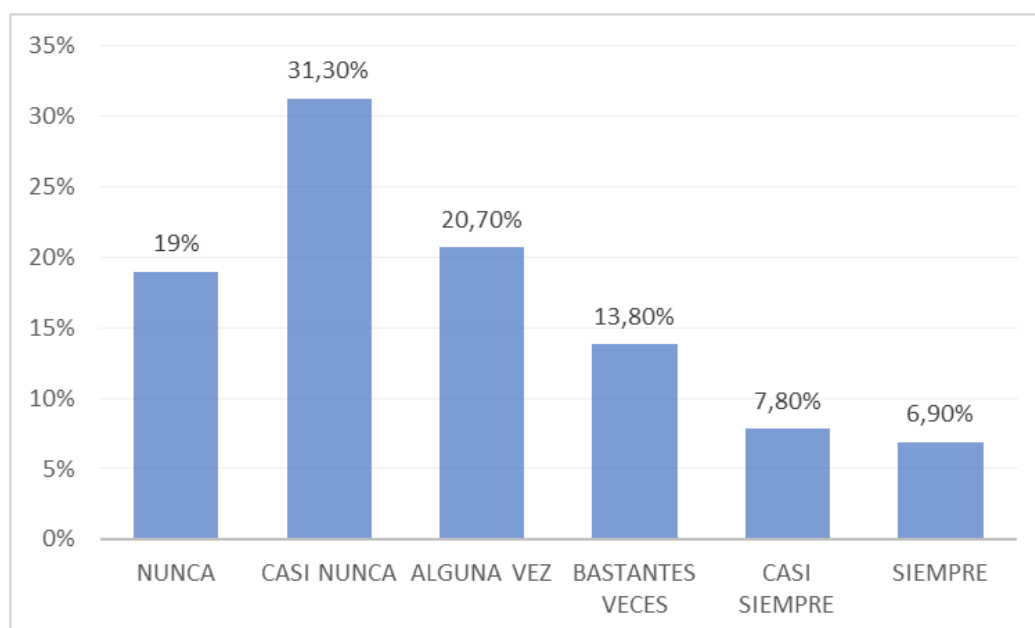
### En relación a terceras personas:

#### 3. ¿Te has sentido rechazado/a y/o ridiculizado/a por los demás por culpa de tu apariencia?

Aquí es agradable observar que más de la mitad de los encuestados han respondido que nunca o casi nunca se han sentido ridiculizados/as por los demás, sumando un 50,9% entre ambos valores. Sin embargo, el 20,7%, lo cual es un valor bastante alto, refieren que alguna vez sí han sido ridiculizados/as.

Esto se puede relacionar con el *bullying*, que cada vez está más presente en los institutos.

Gráfico 3



(Fuente: Elaboración propia)

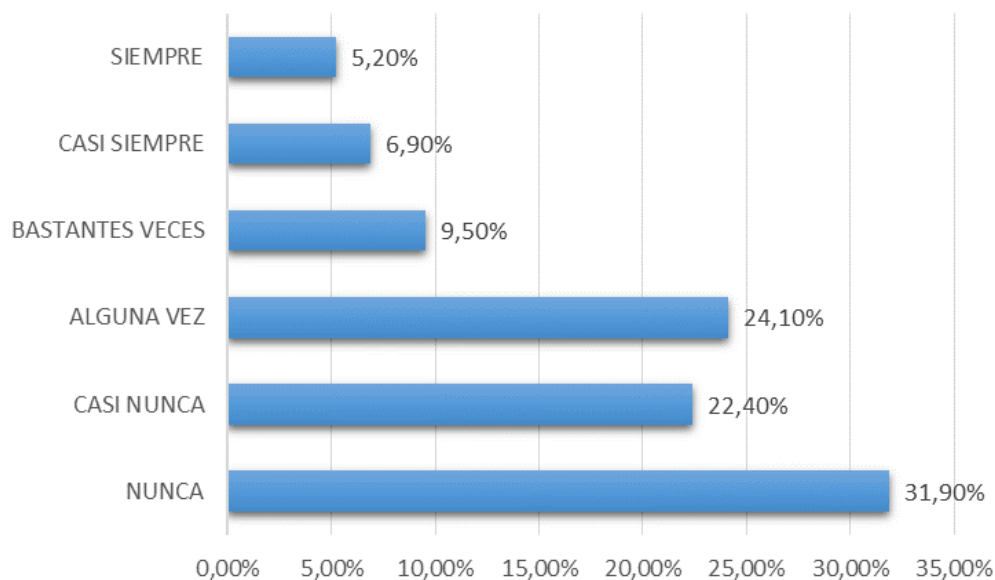
<sup>2</sup> Adjunto en Anexo 1

#### 4. ¿Con qué frecuencia dejas de hacer cosas porque no te sientes cómodo/a con tu cuerpo?

A la hora de cambiar aspectos por tu vida debido a tu físico, se ve como son muy pocas las personas que refieren haberlo hecho, con apenas un 5,20%, a diferencia del 31,9% (el valor más alto) que dicen no haber dejado nunca de hacer cosas en su día a día por su cuerpo. Sin embargo, también es destacable que, como segundo valor más alto, con un 24,1% encontramos que alguna vez sí que han evitado hacer planes porque no se sienten cómodos.

Si se relaciona con otras preguntas de la encuesta, se puede afirmar que muchas de esas cosas que se dejan de hacer, están relacionadas con planes como ir a la piscina, a la playa, etc. lugares donde el físico queda expuesto en su totalidad ante la gente. Evitar planes, es una forma de ocultar complejos, inseguridades.

Gráfico 4



(Fuente: Elaboración propia)

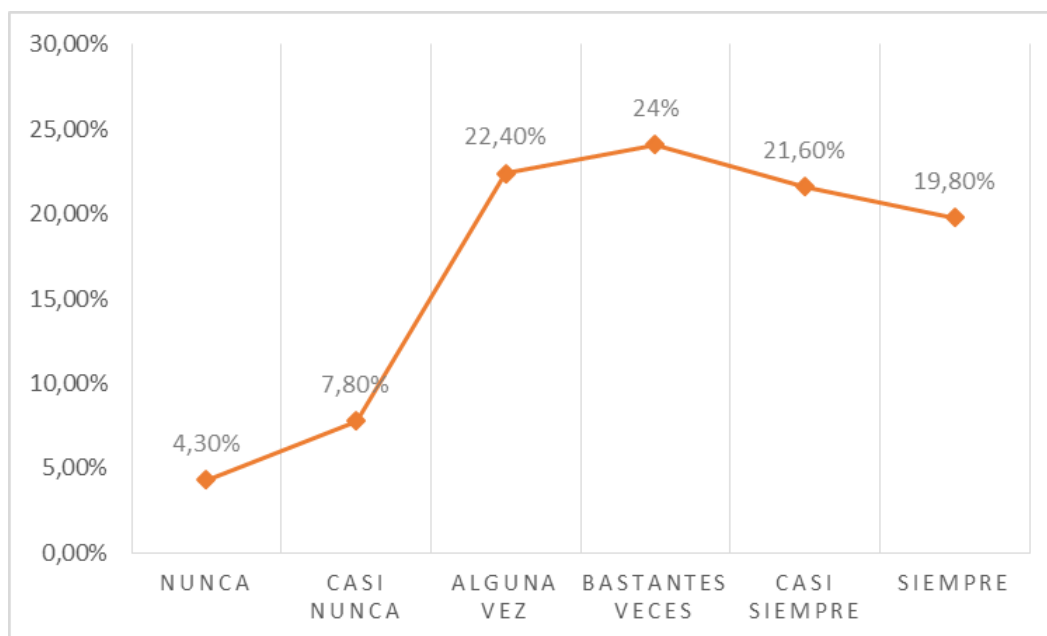
## 5. ¿Has llegado a sentir envidia del cuerpo de otras personas?

En esta pregunta ya se pueden observar mayores cambios en torno a la respuesta. Cuando se habla de envidia hacia otros, complejos, querer tener el cuerpo de un famoso de televisión, etc. las respuestas cambian. Únicamente un 12,1% ha afirmado que nunca o casi nunca han sentido envidia, frente al resto que refieren que sí sienten envidia.

Es algo muy peligroso porque nos hace generar una visión aún más negativa de nuestro propio cuerpo. Además, como ya se ha dicho en algún momento, la belleza cada vez se relaciona más con la extrema delgadez. Esto hace que se tenga como modelos a seguir a personas muy delgadas (modelos de pasarela, por ejemplo) asumiendo que eso es ahora lo correcto, la forma de encajar en la sociedad de hoy en día, provocando que, para alcanzar ese físico, se haga lo que sea.

También es un gran error, ponerse el objetivo de alcanzar el cuerpo de cualquier persona. Cada cuerpo es distinto, y por más ejercicio, dietas saludables, etc. que se lleven a cabo, no se va a alcanzar el mismo físico que otra persona. Debemos querernos tal como somos, aceptar nuestro cuerpo y no tomar como referente a nadie para valorarnos más.

Gráfico 5



(Fuente: Elaboración propia)

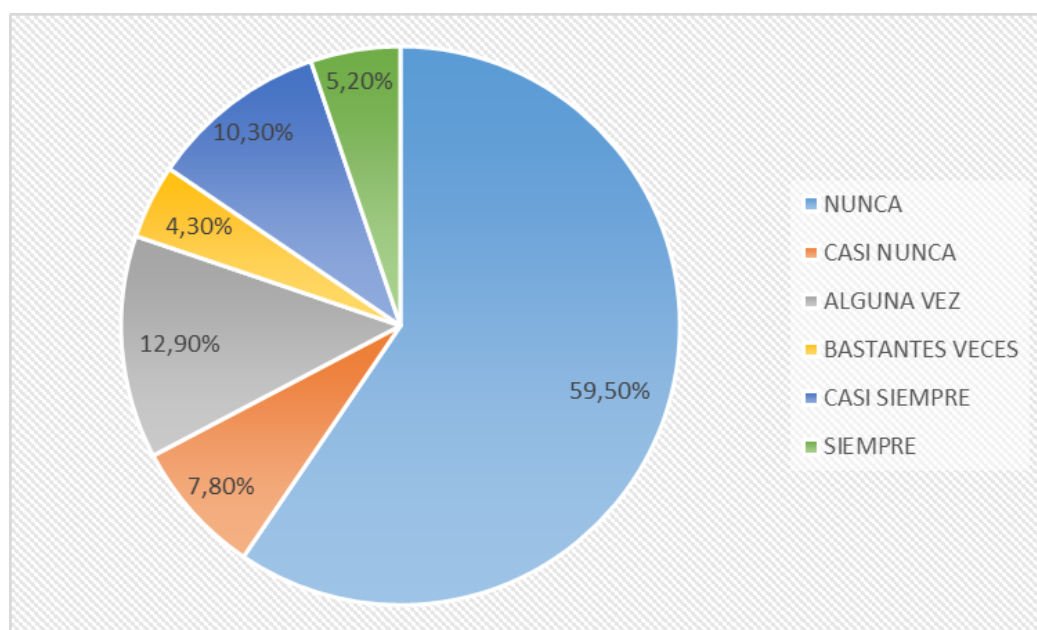
### En relación a las salidas para mejorar nuestro cuerpo:

Las preguntas que se presentan a continuación (gráficos 6 y 7) pueden analizarse de manera conjunta, además, en ambas vemos valores muy parecidos. Prácticamente la mitad de los encuestados, con un 59,5% en el caso de los medicamentos, y un 45,7% en el caso de la cirugía, refiere que nunca llevarían a cabo alguna de estas opciones para cambiar su físico. Se puede observar que, a pesar de ciertos complejos, insatisfacción, etc. con su cuerpo, las personas encuestadas no llevarían a cabo salidas “extremas” para cambiar algo en ellas.

Aunque es cierto, que, desde el punto de vista de la cirugía, es aceptable que una persona quiera llevar a cabo en su cuerpo ciertos retoques para sentirse mejor consigo misma. El problema viene cuando, meros retoques acaban con un cambio total del físico, convirtiendo en otra a la persona.

### 6. ¿Has considerado la posibilidad de tomar algún tipo de pastillas o medicamento que te ayude a perder peso?

Gráfico 6

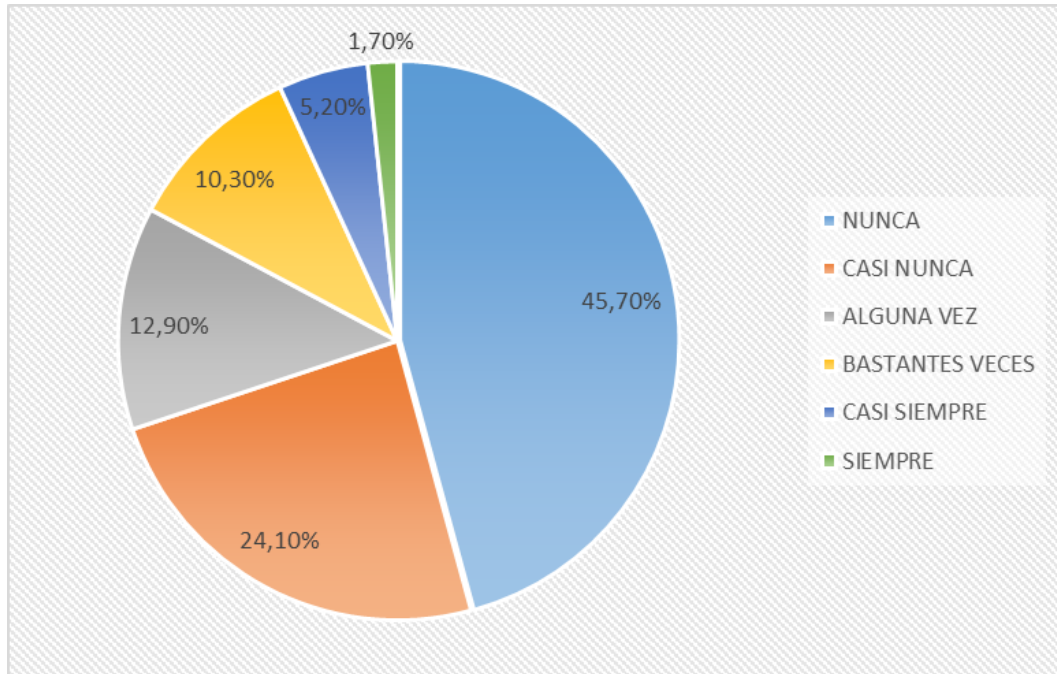


(Fuente: Elaboración propia)



**7. ¿Consideras que la cirugía estética es una opción para mejorar tu aspecto físico en el futuro?**

Gráfico 7



(Fuente: Elaboración propia)

**En relación a la ropa:**

**8. ¿Te sientes muy bien al probarte ropa antes de comprártela (sobre todo pantalones)?**

En este caso, se puede observar un cambio drástico en los valores. Únicamente 3 personas de las 116 han contestado que siempre se sienten bien al probarse ropa. En cambio, casi 50 personas afirman que nunca o casi nunca se sienten bien. Es un valor que ha llamado mucho mi atención, pues podemos comprobar que más de la mitad de los encuestados no están contentos con la figura de su cuerpo, y pasan gran parte del tiempo buscando ropa con la que se sientan a gusto, comprando en muchos de los casos prendas con las que no se sienten bien.

Por un lado, se observan los valores en general, y por otro, la clara diferencia entre la gente que se siente mal o se siente satisfecha.

Gráfico 8.1

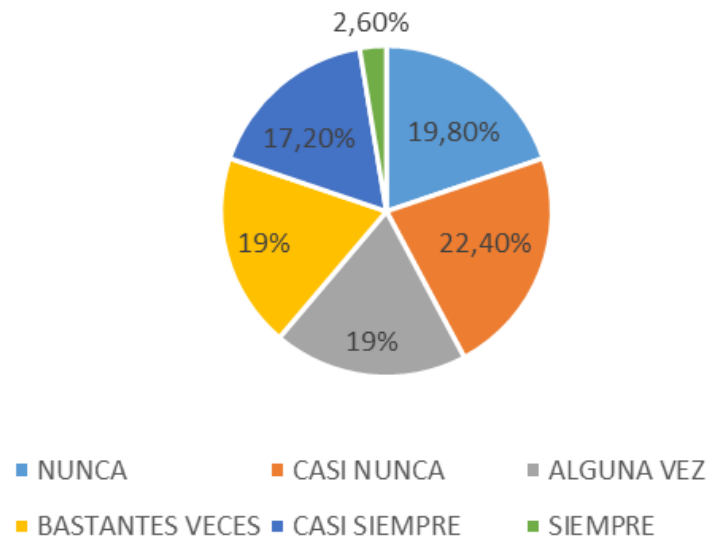
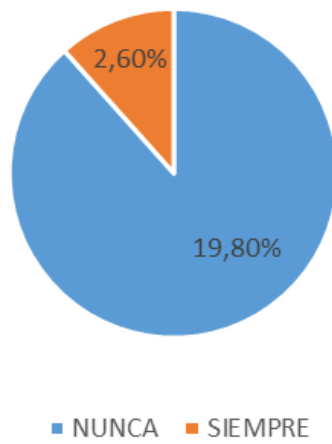


Gráfico 8.2



(Fuente: Elaboración propia)

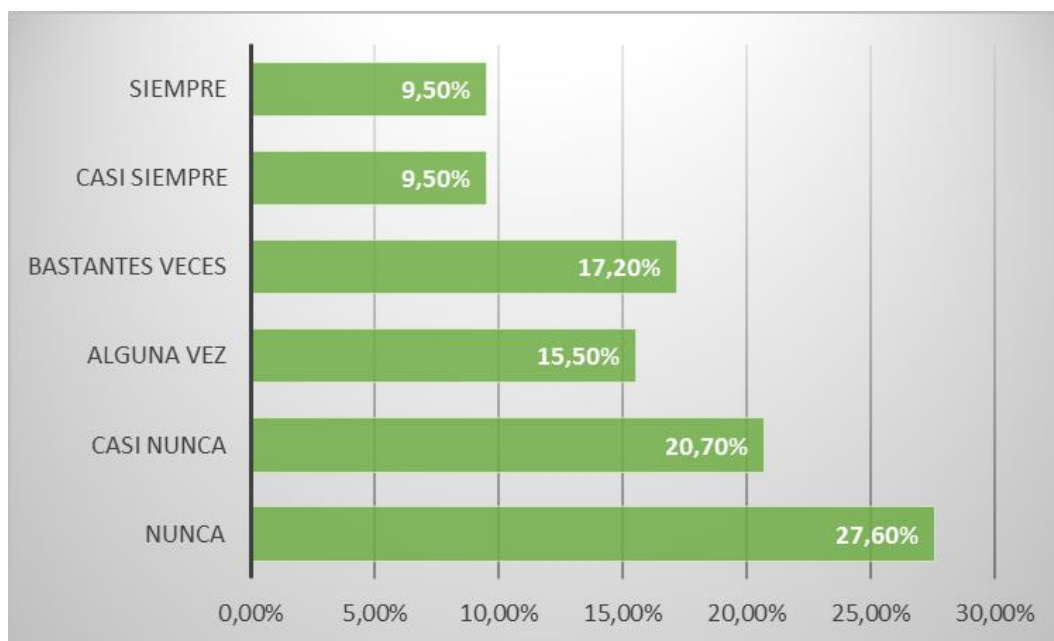
## 9. ¿Piensas que la ropa de hoy día no está hecha para gente con el cuerpo como el tuyo?

La mayoría de los encuestados ante esta pregunta afirman que la ropa sí que está hecha para su cuerpo, y esto se puede resumir en que no tienen dificultades para encontrar talla. Desde mi punto de vista, a pesar de las respuestas, considero que las tallas cada vez se reducen más, es decir, lo que antes era una talla 36 ahora se ha convertido en una 40, lo que supone que gente con una buena figura tenga tallas muy altas, provocando en ellas, una visión distorsionada de su peso.

Cada vez nos guiamos más por la talla que por el propio peso, y eso hace que queramos adelgazar para bajar la talla, pero de lo que no nos damos cuenta, es que son las marcas de ropa las causantes de esa visión, por no hablar de las diferencias de una tienda a otra respecto a talla. Lo que en una tienda es una 34, en otra es una 38.

Por último, considero que en las tiendas de ropa en general, personas con un peso mayor, tienen grandes dificultades para encontrar ropa, ya que, por lo general, es muy difícil encontrar ropa por encima de la talla 42.

Gráfico 9



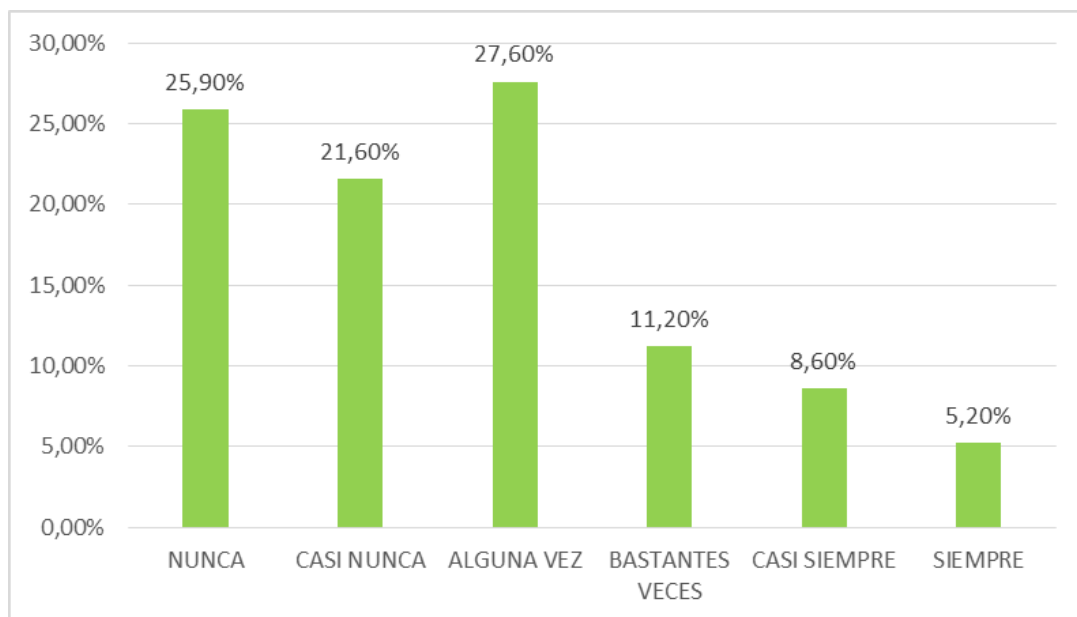
(Fuente: Elaboración propia)

## En relación al peso:

### 10. ¿Con qué frecuencia te sientes delgado/a?

Podemos observar aquí la gran diferencia que hay entre el valor positivo y negativo. Únicamente el 5,2% afirman que se sienten delgados siempre, a diferencia del 25,9% que refieren que nunca lo sienten. Es una clara representación de insatisfacción corporal de los encuestados, ya que, si hablamos de delgadez, casi nunca nadie se ve lo suficientemente delgado, siempre se tiende a pensar que estar “un poco más delgado” no vendría mal. Y si relacionamos esta pregunta con la siguiente, que se analizará a continuación, observamos la gran diferencia entre verse delgado y querer engordar más.

Gráfico 10



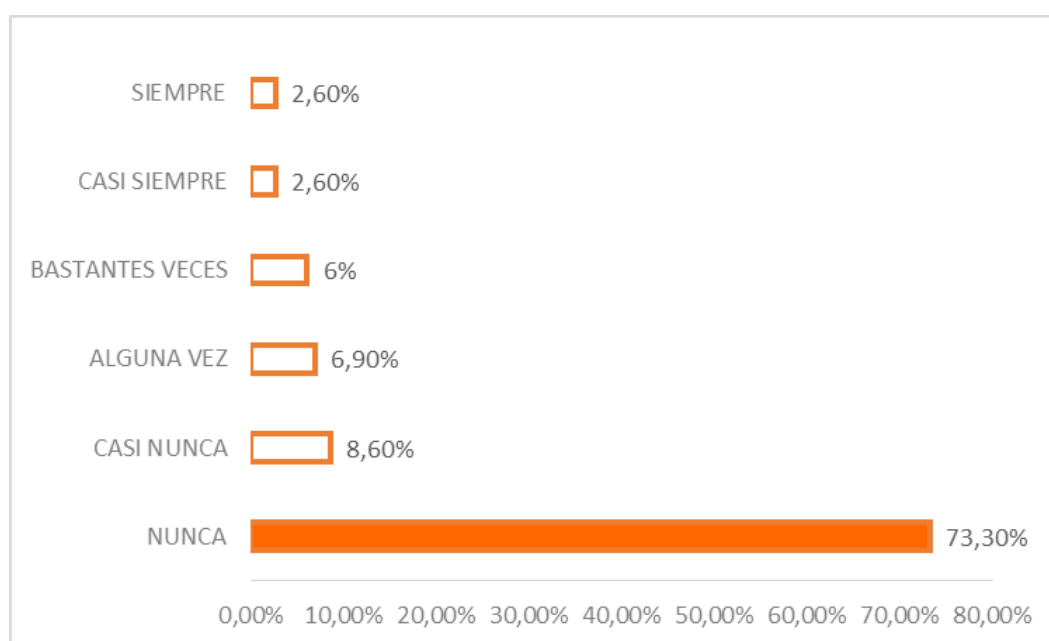
(Fuente: Elaboración propia)

### 11. ¿Piensas que lo más importante para mejorar tu aspecto sería ganar peso?

Esta pregunta, como se puede ver, es destacable por la clara diferencia entre los valores. En el momento que se habla de ganar peso, la gente lo tiene muy claro, lo mejor para ella sería no ganar peso nunca. El 73,3% que ha contestado “nunca” lo confirma. Muy pocas son las personas que refieren que sí se verían bien con un poco más de peso.

Se puede relacionar también con lo que se ha ido diciendo, que lo correcto e ideal a día de hoy es estar delgado. Estar mejor visto pesar de menos, que pesar de más, y esta pregunta, entre otras, lo confirma.

Gráfico11



(Fuente: Elaboración propia)

### En relación a la figura corporal:

La agrupación de estas preguntas en relación a la figura corporal, considero que es la más importante para abordar el tema del que hablamos, la insatisfacción corporal. Es así porque, todo problema, empieza por una mala visión de nosotros mismos. Es decir, el tema del peso, la ropa, la comida, etc. va a empezar a dar problemas en el momento en que nos sintamos mal con nuestro cuerpo, lo que será el desencadenante para cambiar el resto de aspectos.

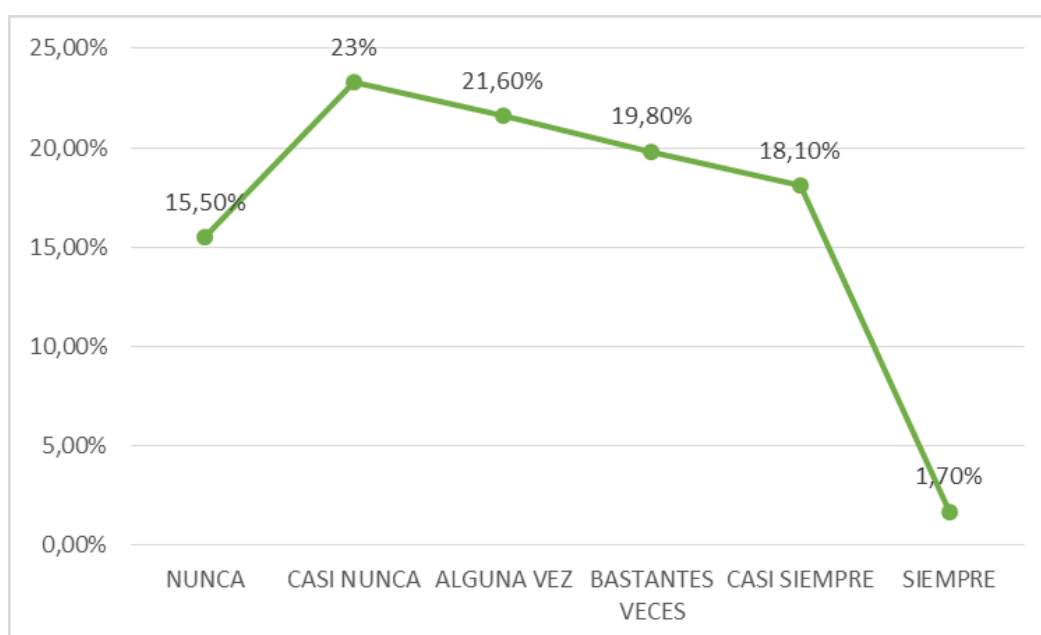
## 12. ¿Piensas que la forma de tu cuerpo es la que ahora se considera atractiva?

Aquí, a pesar de que la mayoría de los valores se mantienen en igualdad, cabe destacar que únicamente el 1,7%, es decir, dos personas del total, han afirmado que su cuerpo se considera “atractivo”.

Por tanto, observamos que prácticamente ninguna persona encuestada se ve lo suficientemente segura de su cuerpo como para afirmar que sí es atractivo. Esto se ve claramente en la diferencia del apenas 2% que afirma que si al más del 15% que afirma que no.

En relación a otras preguntas anteriormente expuestas, podemos relacionarlo con el tema de la envidia hacia otras personas, los complejos, el cambio de tallas, etc. un cúmulo de aspectos que provocan que veamos que nuestro cuerpo no encaja, que no es el “prototipo” de físico que hoy en día está bien visto.

Gráfico 12



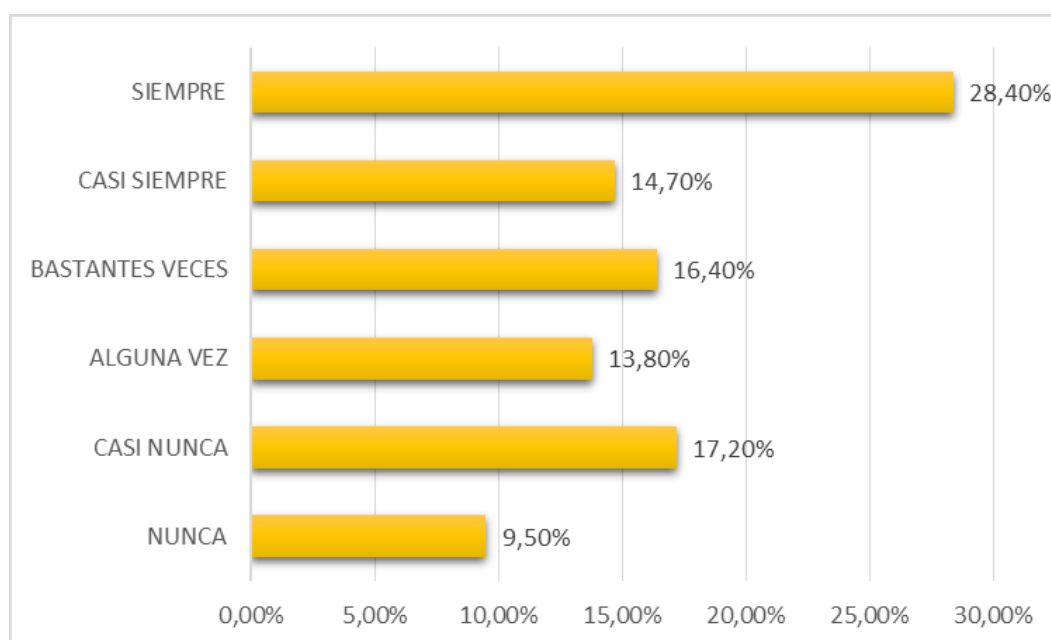
(Fuente: Elaboración propia)

### 13. ¿Sientes rechazo hacia alguna parte de tu cuerpo que no te gusta (trasero, muslo, vientre, etc.)?

Es destacable aquí que el mayor porcentaje lo encontramos en “siempre”. El 28,4% de las personas encuestadas han confirmado que sienten rechazo hacia alguna parte de su cuerpo, lo que desemboca en la mayoría de las ocasiones en la aparición de complejos, y por consecuente, el llevar a cabo acciones para cambiar ese aspecto.

Como se ha comentado en ciertos apartados del trabajo, estamos constantemente idealizando el cuerpo de otros. La televisión, las redes sociales, los anuncios publicitarios, etc. están día tras días mostrándonos a chicas guapas, con un cuerpo perfecto y a chicos musculados, como forma de representar el éxito en la sociedad. Las tiendas de ropa también nos muestran continuamente con sus productos, que con una talla 40 estás gorda. Se quiere vender una belleza irreal, un cuerpo irreal, haciendo que nuestro propio cuerpo pierda valor, y distorsionemos la visión que tenemos de él. Todo ello desencadena en complejos, en que nos dejemos de gustar a nosotros mismos.

Gráfico 13

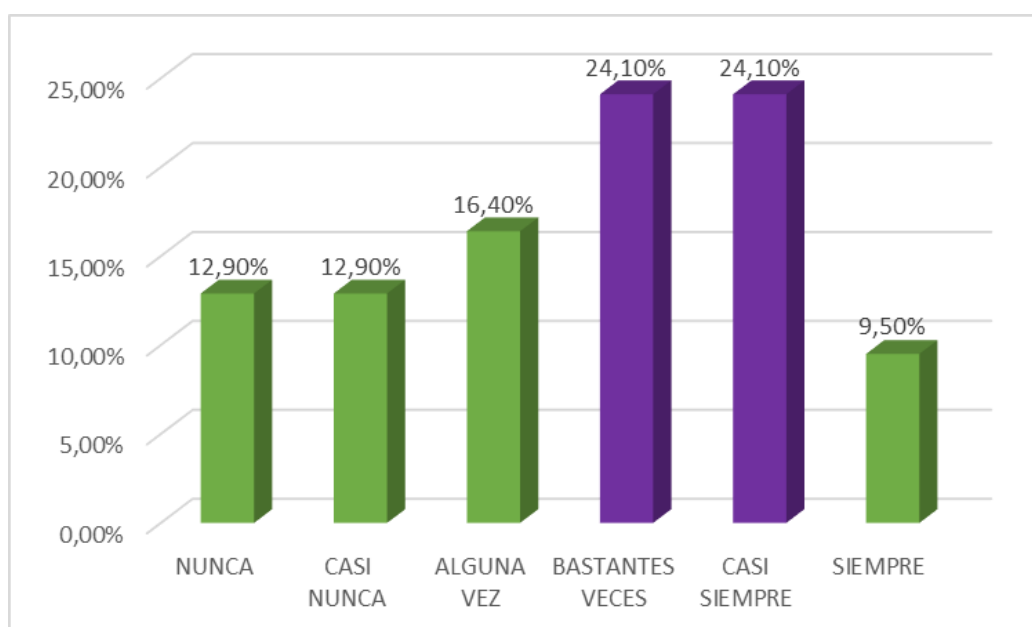


(Fuente: Elaboración propia)

#### 14. ¿Tu imagen corporal te ha hecho estar triste?

Es de especial importancia, preocuparse cuando casi el 80% de las personas encuestadas afirman que sí se han sentido tristes por su aspecto físico, en mayor o en menor medida. Esto resume, en gran medida, todas las preguntas anteriormente expuestas a cerca de los complejos, las envidias, el rechazo, etc. se observa claramente cómo, todos esos complejos e insatisfacción corporal, desencadenan en la visión negativa de nuestro propio cuerpo, afectando a la persona a nivel psicológico, produciendo tristeza en ella y rechazo a su propio cuerpo.

Gráfico 14



(Fuente: Elaboración propia)



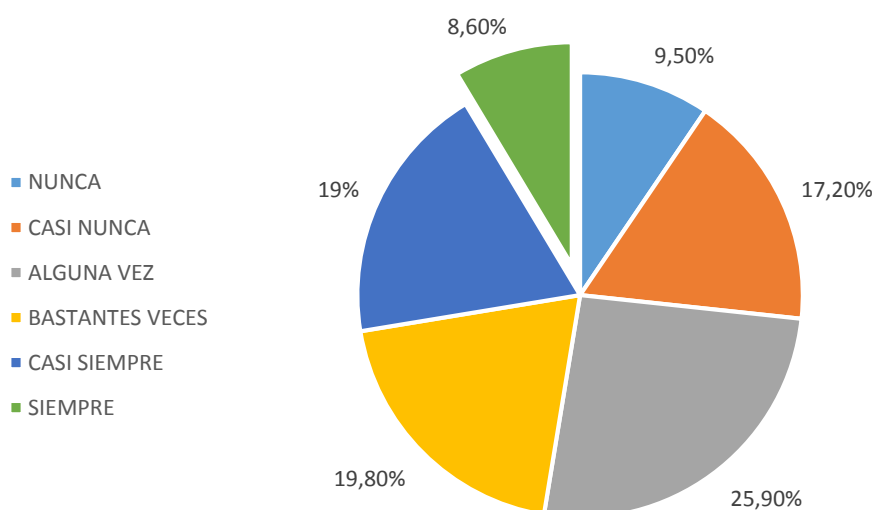
## 15. ¿Te sientes satisfecho/a con tu aspecto físico?

Para cerrar el análisis, considero que esta pregunta resume, en general, todas las preguntas de la encuesta y responde al objetivo principal.

Podemos observar, que el valor más alto, con un 25,9%, se encuentra en el nunca, es decir, todo ese porcentaje de encuestados no se siente nada satisfecho con su físico, y apenas un 8,6%, afirma que se siente cómodo, es decir, únicamente 10 personas del total afirman sentirse bien con su físico. Un porcentaje que demuestra la insatisfacción que tienen los jóvenes de entre 15 y 25 años, desencadenando en complejos y posibles problemas futuros, propios de las inseguridades que la sociedad, a partir de sus estrategias para hacer ver que sólo tendrás éxito si luces una figura bonita, promueve entre la gente, sobre todo en los jóvenes, al ser más propensos y vulnerables a este tipo de mensajes.

Con esto quiero decir, desde mi punto de vista, que la única que crea una visión negativa del cuerpo es la sociedad, con sus medios de comunicación mostrando a modelos de pasarela con una delgadez extrema, como modelos a seguir; con entrevistas de trabajo donde miran más tu físico que tus capacidades; con las redes sociales, transmitiendo mensajes de éxitos asociados a un buen físico, etc.

Gráfico 15



(Fuente: Elaboración propia)

## 8. CONCLUSIONES

En el presente trabajo sobre los Trastornos de la Conducta Alimenticia se han abordado varios aspectos.

Las herramientas más importantes dentro de la salud mental son el DSM y CIE.

La influencia de las redes sociales y los medios de comunicación son factores muy importantes en lo que a trastornos alimenticios se refiere.

Los trastornos alimenticios han existido desde siempre, aunque en cada época se han descrito de una manera diferente. Antiguamente se relacionaban mucho con aspectos religiosos, penitencias, pureza del alma, etc. pero no fue hasta el S-XVI cuando empiezan a estudiarse desde el punto de vista de la medicina, y hasta el S.XX, con el DSM-III, que se definen como “Trastornos Alimentarios”.

Los trastornos son graves alteraciones en las conductas relacionadas con la alimentación y el control de peso que se encuadran dentro de los trastornos de salud mental. Su origen es multifactorial y están originados por la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural. (NIMH). Han aumentado considerablemente en los últimos años, sobre todo en los países occidentales industrializados, incidiendo la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto. (Marín, 2002).

Dos aspectos muy importantes son la edad y el género. Las mujeres jóvenes, de entre 13 y 20 años son las principales afectadas por este tipo de trastornos. Con esto se puede observar que, no son los factores biológicos o psicológicos los que inciden con mayor fuerza en su aparición, si no los factores sociales. Es decir, el género femenino es un factor de riesgo, ya no solo para los TCA, si no para la gran mayoría de aspectos dentro de la sociedad, y si a ser mujer, se le suma ser adolescente, surgen chicas vulnerables y propensas a sufrir trastornos alimenticios.

Cuando se habla del factor social como desencadenante principal en la aparición de los TCA, se hace referencia a todos aquellos aspectos que la sociedad, directa e indirectamente, “vende” como lo normal, lo perfecto. Las dietas poco saludables, las tallas de ropa cada vez más pequeñas, la delgadez extrema como sinónimo de belleza, de éxito, etc. todos estos aspectos tan contradictorios a su vez, originan en los jóvenes (los cuales están desarrollando su forma de ser y pensar) una serie de sentimientos contrarios

qué desencadenan en confusión, en no saber qué es lo correcto para encajar. Se en ellos y ellas mucha presión, sobre todo en aquellas personas que practican deportes actividades que valoran la delgadez (modelos, bailarines, atletismo, et.). Es decir, la gente acaba visualizando una belleza inalcanzable, desvalorizando así su propia imagen.

Cada vez es más común ver en televisión, redes, publicidad, etc. con anuncios de comida rápida y dietas no saludables por un lado, y por el otro, una foto de una modelo de 40 kilos anunciando un cuerpo sano, mostrando que eso es una buena figura.

El mundo gira cada vez más en torno al físico de las personas. Sin ir más lejos, hoy en día en las redes sociales, la popularidad se mide en *likes* y en seguidores, los cuales se ganan en base a subir una foto con más o menos ropa.

La sociedad de hoy en día se centra más en la imagen que tienen de ti los demás que en lo que piensas tú mismo de ti, así que, no es raro ver cada vez más chicas de 14 años imitando a *influencers* con más de un millón de seguidores, y a chicos de esa misma edad encerrados en un gimnasio para ganar músculo. Es la forma de que los demás te acepten.

Desde mi punto de vista es algo muy peligroso. Idealizamos nuestra vida, nuestro cuerpo, haciendo lo que sea para conseguir alcanzar una figura perfecta. Tenemos como referentes a modelos de pasarela, y nos están haciendo ver que sólo así alcanzaremos el éxito.

En relación al presente trabajo se ha visto como todo esto se relaciona con la influencia de las redes y los medios de comunicación, y a su vez, con la encuesta de insatisfacción corporal. En la encuesta realizada se ha podido observar como prácticamente todos los encuestados afirman querer bajar de talla, haberse sentido tristes muchas veces por su físico, sentir envidia por otras personas, tener complejos por alguna parte de su cuerpo etc. es una forma de resumir lo que la mayoría de jóvenes viven día a día respecto a su cuerpo.

Todo va unido: las redes, los medios, la sociedad, la visión de nuestro cuerpo. Por ello, considero que lo primero que debe cambiar para reducir el número de afectados por estos trastornos, es la sociedad.

Y por último, desde el punto de vista del Trabajo Social se ha podido ver la importancia que tiene a la hora de abordar estos trastornos y desde el punto de vista de la salud mental en general, tanto en intervención como en prevención. Sin embargo, hay muy poca información sobre ello.

Una posible razón puede ser la falta de unidades existentes que hay en España para atender a personas con TCA y la no presencia de estos profesionales en ellas.

Normalmente, este tipo de trastornos, y otros trastornos de salud mental en general, suelen asociarse a otros profesionales, como médicos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, etc. el papel del trabajador social en este tipo de situaciones está muy poco interiorizado y, teniendo en cuenta que es un “agente social del cambio” sería destacable su trabajo aquí, siempre, por supuesto, dentro de un equipo interdisciplinar, para poder tratar esta problemática desde distintas perspectivas.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso Vaquerizo, I. (2016). Dieta indefinida, cambios de humor y aislamiento, signos de la existencia de un trastorno alimenticio. *La Región*. Recuperado de <https://www.laregion.es/articulo/salud/dieta-indefinida-cambios-humor-y-aislamiento-signos-existencia-trastorno-alimenticio/20161130110002667816.html>
- Baile, J., y González, M. (2012) ¿Anorexia Nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. *Revista mexicana de Trastornos Alimentarios* (Vol. 3. Número 2.). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4257/425741618001.pdf>
- Bermúdez, O. (2018). ¿Qué causa un Trastorno Alimenticio? Recuperado de <https://www.nationaleatingdisorders.org/que-cause-un-trastorno-alimenticio>
- Cala, I. *Los trastornos de la conducta alimentaria: evolución histórica y situación actual*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Cádiz. Recuperado de <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16973/TFG%20terminado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carrillo Durán, M. (septiembre 2003). La publicidad, ¿víctima o culpable? *Revista latinoamericana de comunicación Chasqui*. Número 083. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/160/16008305.pdf>

- Documento marco de trabajo social para las enfermedades raras (junio 2011). *Junta de Andalucía*. Recuperado de [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af9587611399\\_trabajo\\_Social\\_EERR.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af9587611399_trabajo_Social_EERR.pdf)
- *Fundación Imagen y Autoestima*. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. Recuperado de <http://www.f-ima.org/es/trastornos-relacionados>
- Garcés, E. (2010). *El Trabajo Social en salud mental*.
- Gómez, J., Gaite, L., Gómez, E., Carral, L., Herrero, S., & Vázquez-Barquero, J. (2008). Guía de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Recuperado de <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la conducta Alimentaria. (2009). Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_440\\_Tt\\_Conduc\\_Aliment\\_compl\\_\(4\\_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Aliment_compl_(4_jun).pdf)
- Jauregui, I. (2005). Autoayuda y participacion de la familia en el tratamiento de los Trastornos de la conducta alimentaria. Recuperado de [file:///C:/Users/Maria/Downloads/Dialnet-AutoayudaYParticipacionDeLaFamiliaEnElTratamientoD-1382756%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Maria/Downloads/Dialnet-AutoayudaYParticipacionDeLaFamiliaEnElTratamientoD-1382756%20(2).pdf)
- Kaye, W., Strober, M., Stein, D., y Grendall, K. (2000). Nuevas directrices para la investigación en el tratamiento de la Anorexia y la Bulimia nerviosa. *RET, Revista de taxonomías*. Recuperado de [https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET22\\_2.pdf](https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET22_2.pdf)
- Las personas con trastornos alimenticios también suelen sufrir ansiedad, depresiones o alguna adicción (diciembre 2016). *Adamed TV*. Recuperado de <https://www.adamedtv.com/trastornos-mentales/las-personas-con-trastornos-alimenticios-tambien-suelen-sufrir-ansiedad-depresiones-o-alguna-adiccion/>
- Lenoir, M., y Slber, T. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Recuperado de [http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia\\_nerviosa\\_en\\_ni\\_os\\_y\\_adolescentes,\\_parte\\_1.pdf](http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes,_parte_1.pdf)

- Lezama, C. (2015). Impacto de las redes sociales en los trastornos de alimentación. *ALAN, Archivos latinoamericanos de nutrición*. Vol. 65, suplemento 1. Recuperado de <https://www.alanrevista.org/ediciones/2015/suplemento-1/art-216/>
- López, C., y Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Recuperado de [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10\\_PS\\_Lopez-12.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf)
- Maganto Mateo, C. (2011). *InfocopOnline*. Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Recuperado 3 de mayo de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3436](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3436)
- Marcos Sierra, J. (2018, mayo). Las Redes Sociales y su relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Boletín informativo del Colegio profesional de enfermería de Ávila*. Número 4. Recuperado de <http://www.enfermeriaavila.com/A3/a3n4-18.pdf>
- Marín B, V. (2002). Trastornos de la Conducta Alimentaria en escolares y adolescentes. *SciELO. Revista chilena de nutrición*. (Vol. 29. Número 2.) Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182002000200002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000200002)
- Martín, F., Cangas, A., Pozo, E., Martínez, M., y López, M., (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Psicothema*, Vol. 21. Número 1. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3591.pdf>
- Méndez, R., Wraage, D., y Costa, M. (noviembre 2012). Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. Recuperado de [file:///C:/Users/Maria/Downloads/Dialnet-TrabajoSocialEnElCampoDeLaSaludMental-5857464%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Maria/Downloads/Dialnet-TrabajoSocialEnElCampoDeLaSaludMental-5857464%20(1).pdf)

- Nebot, S. (2017). *Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria que buscan ayuda y su remisión a diferentes dispositivos sanitarios* (Tesis doctoral). Universitat Jaume I. Recuperado de [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/405337/2017\\_Tesis\\_Nebot%20Ibanez\\_Sara.pdf?sequence=1](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/405337/2017_Tesis_Nebot%20Ibanez_Sara.pdf?sequence=1)
- NIMH. *National Institute of Mental Health*. Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida. Recuperado en 2018 de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/index.shtml>
- OMS. *Organización Mundial de la Salud*. Salud mental: un estado de bienestar. (2013). Recuperado de [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Ortiz Montcada, M. Nutrición: Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Alimentación y Nutrición* (9). Universidad de Alicante y Universidad del Atlántico (Colombia). Recuperado de [http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo\\_09.pdf](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf)
- Pérez, A. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología*. (Tesis doctoral) Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/46697/1/T39643.pdf>
- Pérez Quijano, A. (2013). Relaciones Humanas en el núcleo familiar. Resumen por capítulos. *SlideShare*. Recuperado el 18 de octubre de <https://es.slideshare.net/AdnerlyQuijano/relaciones-humanas-en-el-nucleo-familiar-resumen-capitulo-por-capitulo>
- Piedra, J. El Trabajo Social sanitario en salud mental. Una visión panorámica. *Universidad de Huelva, Grupo de Investigación Estudios Sociales e Intervención Social*. Recuperado de [http://congresofeafeshuelvasaludmental.com/docs/congresoVirtual/319\\_2.pdf](http://congresofeafeshuelvasaludmental.com/docs/congresoVirtual/319_2.pdf)

- Portela de Santana, M., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *SciELO, Nutrición Hospitalaria* (Vol. 27. Número 2.) Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000200008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008)
- ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria? *Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB)*. Recuperado de <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
- Quesada, S. (2014). *El papel del Trabajo Social en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria*. (Tesis doctoral). Universidad de Jaén. Facultad de Trabajo Social. Recuperado de <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/666/1/TFG-Quesada%20Cabrera%2C%20Sonia.pdf>
- Radilla, C., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguet, J., y Coronel, S. (22 de mayo de 2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. Recuperado de <http://www.renc.es/actualidad2.asp?cod=24&pag=&codR=&v=1&buscar=&anno=>
- Raffino, M. (febrero 2019). Red Social: Concepto, Tipos, Evolución y Aspectos negativos. *Concepto.de*. Recuperado de <https://concepto.de/redes-sociales/#ixzz5sQ9QyIjz>
- Rava, F., y Silber, T. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 2) Desde la etiología hasta la prevención. Recuperado de <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A6.468-477.pdf>
- Rocamora, M (2011). *Trayectoria de los adolescentes y jóvenes con Trastornos de la Conducta Alimentaria en los grupos de autoayuda*. (Tesis para optar al título de licenciatura en Trabajo Social). Facultad de ciencias olíticas y sociales, Universidad de Cuyo Argentina.



- Sally Robertson, B. (2018). ¿Qué causa trastornos alimentarios? *News medical*. Recuperado de [https://www.news-medical.net/health/What-Causes-Eating-Disorders-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-Causes-Eating-Disorders-(Spanish).aspx)
- Sánchez Mascaraque, P. (mayo 2015). Trastornos psiquiátricos en la adolescencia. *ADOLESCERE, Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (Vol.3. Número 2)*. Recuperado de [https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2\\_80-91\\_Trastornos\\_psiqui%C3%A1tricos.pdf](https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_80-91_Trastornos_psiqui%C3%A1tricos.pdf)
- Sánchez, Z. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. (Vol. 3. Número 2.) Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5127559>
- Satir, V. (2005). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar* (3rd ed.).
- Spirandelli, L. (septiembre 2015). Trastornos de la conducta alimentaria: antecedentes. *Grupo Gamma, red integrada de salud*. Recuperado de <https://www.grupogamma.com/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-antecedentes/>
- Trastornos de la alimentación en los adolescentes: consejos para proteger a tu hijo adolescente (2018). *MayoClinic*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/tween-and-teen-health/in-depth/teen-eating-disorders/art-20044635>
- Vega, V., & Piccini, M., & Barrionuevo, J., & Tocci, R. (2009). Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de Investigaciones, (Vol. XVI, p. 103-114)*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945010.pdf>
- Vidal, C. Trastornos alimentarios e internet: una mezcla peligrosa. *Psicología y mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/trastornos-alimentarios-internet>
- Walsh, B., Mitchell, J., Garfinkel, P., Wilson, G., y Halmi, K. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1.

#### **En relación a terceras personas:**

1. ¿Crees que tus amigos/as, en general, tiene un cuerpo más bonito que el tuyo?
- 4. ¿Te has sentido rechazado/a y/o ridiculizado/a por los demás por culpa de tu apariencia?**
14. ¿Inventas excusas para evitar comer delante de otras personas (familia, amigos, etc.) y así controlar lo que comes?
- 17. ¿Con qué frecuencia dejas de hacer cosas porque no te sientes cómodo/a con tu cuerpo?**
20. ¿Crees que, si tu aspecto físico no mejora, tendrás problemas en el futuro para relacionarte?
- 24. ¿Has llegado a sentir envidia del cuerpo de otras personas?**
28. ¿Te has sentido mal porque los demás han visto tu cuerpo desnudo o en bañador (vestuarios, playa, piscina, etc.)?
30. ¿Te has sentido inferior a los demás por culpa de tu físico?

#### **En relación a las salidas para mejorar nuestro cuerpo:**

- 3. ¿Consideras que la cirugía estética es una opción para mejorar tu aspecto físico en el futuro?**
- 12. ¿Has considerado la posibilidad de tomar algún tipo de pastillas o medicamento que te ayude a perder peso?**
15. ¿Piensas que te gustaría tener más fuerza de voluntad para controlar lo que comes?
19. ¿Dedicas tiempo en pensar cómo mejorar tu imagen?

**En relación a la ropa:**

- 2. ¿Piensas que te verías mejor si pudieras ponerte una talla menos de ropa?
- 9. ¿Llevas ropas que disimula la forma de tu cuerpo?
- 21. ¿Te sientes muy bien al probarte ropa antes de comprártela (sobre todo pantalones)?**
- 23. ¿Piensas que la ropa de hoy día no está hecha para gente con el cuerpo como el tuyo?**

**En relación al peso:**

- 5. ¿Con qué frecuencia analizas la composición de calorías de los alimentos para controlar lo que engordan?
- 8. ¿El pesarte te genera ansiedad?
- 10. ¿Piensas que lo más importante para mejorar tu aspecto sería ganar peso?**
- 11. ¿Después de comer te sientes gordo/a?
- 13. ¿Temes perder el control y engordar excesivamente?
- 18. ¿Piensas que los/ as hombres/mujeres de tu edad parecen estar más gordos/as que tú?
- 22. ¿Con qué frecuencia te pesas en tu casa?
- 27. ¿Con qué frecuencia te sientes delgado/a?**
- 32. ¿Sientes que te gustaría engordar más?

**En relación a la figura corporal:**

- 6. ¿Piensas que la forma de tu cuerpo es la que ahora se considera atractiva?**
- 7. ¿Tu imagen corporal te ha hecho estar triste?**
- 26. ¿Piensas que los demás ven tu cuerpo diferente de cómo tú lo ves?
- 16. ¿Sientes rechazo hacia alguna parte de tu cuerpo que no te gusta (trasero, muslo, vientre, etc.)?**
- 25. ¿Evitas salir en fotos en las que se vea todo el cuerpo?
- 29. ¿Te sientes satisfecho/a con tu aspecto físico?**
- 31. ¿Con qué frecuencia NO te gusta tu cuerpo cuando lo ves entero en el espejo?